

نموذج الإفصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: Please fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : تأمل فإنيك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك و أفراد أسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة	
نوع الطلب (1) Addition <input type="checkbox"/> إضافة (2) <input type="checkbox"/> New <input checked="" type="checkbox"/> جديد		اسم المنشأة : Al salam اسم الموظف : AZEES KANI	
PolicyNo/CR : Mobile No : 573189480		رقم الوثيقة/ السجل التجاري : رقم الجوال : 2235273113	
ID Number : Gender : 1		Marital Status : Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب	
Nationality : 900 Gender : 1		يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أثناء بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة - نعم - No Yes	
Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :		هل تم التويز بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟	
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, tucher's disease, G6PD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد إضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه) Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)							
م	اسم الموظف / أفراد العائلة	الجنس	العلاقة	رقم الهوية	الوزن	الطول	رقم الجوال
Employees/Dependent Name	Gender	Relation	ID Number	Weight	Height	Mobile No.	case
1	AZEES KANI	1	EMPLOYEE	2235273113	0	0	573189480

Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.		التعهدات : 1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بالتي قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع. 4. عدم تعبئة بيانات الوزن و الطول و الوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة.	
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Entity's stamp 1010095926	Employee Signature (4) AZEES	Date التاريخ 2023/12/14
------------------------------	---------------------------------	-------------------------------

- (1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
 (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
 (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
 (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق لشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) شهراً.
 (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للمواليد الجدد عند إضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية.
 (3) في حال الحاجة لإضافة تأمين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد.
 (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له.

عزيزي المؤمن له :
نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك و أفراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب ملاح الوثيقة الموحدة

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.	Addition <input type="checkbox"/> (2) إضافة		New <input checked="" type="checkbox"/> جديد	Type (1)
Policy No / CR :	رقم الوثيقة / السجل التجاري :		Entity Name : Al salam	
Mobile No : 550794207	رقم الجوال :		Employee Name : MUHAMMAD WAHEED TAHIR TAHIR	
ID Number : 2349051215	رقم الهوية :		الحالة الاجتماعية : <input checked="" type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> Single	
Gender : 1	Nationality : 305		Marital Status : <input type="checkbox"/> Married <input checked="" type="checkbox"/> Single	

Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :		No	Yes	برجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أثناء بوضع إشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم التوريم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبدى الفيروسى المزمن سى، حصوات المرارة، الفشل الكلوى، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفى بالرحم، الفشل، أمراض المناعة الذاتية أو تصلب المتعدد.
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassaemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PD Deficiency, systic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغى، اضطراب الخلايا المنجلية، التلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض الدم، الفخاى، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكى، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الثروموسومات، مرض غوشر، مرض التكرس اللولوى، التليف الكيسى، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكلىتين الخلقى الوراثى
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط : مياه بياض، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط : الإزلاق الفقرى، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	للإناث الحامل فقط : حمل حالى جنين واحد حمل حالى مع قيصرية سابقة حمل حالى متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع

بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)	اسم مقدم الخدمة	الحالة	رقم الجوال	الطول	الوزن	رقم الهوية	العلاقة	الجنس	اسم الموظف / أفراد العائلة	م
Provider Name	case	Mobile No.	Height	Weight	ID Number	Relation	Gender	Employees / Dependent Name		
		550794207	0	0	2349051215	EMPLOYEE	1	MUHAMMAD WAHEED TAHIR TAHIR		1

<p>Undertakings:</p> <p>1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).</p> <p>2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.</p> <p>3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.</p> <p>4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.</p>	<p>الالتزامات والتعهدات :</p> <p>1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة إنعاش السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر</p> <p>2. أوافق على حقيقة (شركة إنعاش السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كليا عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي تشكلت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة المؤمن له خلال فترة سريان العقد</p> <p>3. أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم لشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه لوقع</p> <p>4. عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Entity's stamp مؤسسة إنعاش للمقاولات العامة 1010095926	Employee Signature (4) WAHEED	Date 17/11/2021
-----------------------------------------------------------------	----------------------------------	--------------------

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) شهر
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للموليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
- (3) في حال الحاجة لإضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
- (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له
- (1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

نموذج الإفصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : تأمل قيادك بعناية هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك و أفراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مزايا الوثيقة الموحدة	
Addition <input type="checkbox"/> إضافة (2) PolicyNo/CR : Mobile No : 593928870 ID Number	New <input checked="" type="checkbox"/> جديد رقم الوثيقة/ السجل التجاري : رقم الجوال: 321	Type (1) Entity Name : Al salam Employee Name : ZEESHAN KHALID KHALID MALIK Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب	نوع الطب اسم المنشأة : اسم الموظف: رقم الهوية الحالة الاجتماعية:
Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :		يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis,	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PD deficiency, systic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases,	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Yes
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)			
م	اسم الموظف / أفراد العائلة	الجنس	القرابة
1	ZEESHAN KHALID KHALID MALIK	1	EMPLOYEE
م	اسم مقدم الخدمة	الحالة	رقم الجوال
1	Provider Name	case	Mobile No.
1			593928870
م	الطول	الوزن	رقم الهوية
1	0	0	2349398749
Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.			
الافترار و التفويض : 1. أقر ان البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و ان الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر 2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كليا عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه للتي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد 3. أقر بأنني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوافق 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة			
Entity's stamp	Employee Signature	Date	
10095926	ZEESHAN	2021/11/15	

- (1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
 (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
 (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
 (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مدسى عليه (11) شهرا
 (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للمواليد الجدد عند انضمامهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
 (3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
 (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

نموذج الإفصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured:
Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له :
نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك و أفراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب نطاق الوثيقة الموحدة


Addition <input type="checkbox"/> (2) إضافة	New <input checked="" type="checkbox"/> جديد	Type (1)
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/المسجل التجاري :	Entity Name : Al salam	اسم المنشأة :
Mobile No : 571136754 رقم الجوال :	Employee Name : SANJAY KUMAR RAM LAKHAN	اسم الموظف :
ID Number 2354538171		رقم الهوية
Gender : 1 : الجنس	Nationality : 207 : الجنسية	Marital Status : Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب

Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :		لا No	نعم Yes	يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة - نعم -
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم التويز بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التويز، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفشل، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, sucher's disease, G6PD deficiency, systic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المتجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض توشر، مرض التكسر اللوني، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلفي الوراثي.
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاق الغضروفي، التهاب المفاصل، التهاب الفقرات، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)
بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد إضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

م	اسم الموظف /أفراد العائلة	الجنس	القرابة	رقم الهوية	الوزن	الطول	رقم الجوال	الحالة	اسم مقدم الخدمة
	Employees /Dependent Name	Gender	Relation	ID Number	Weight	Height	Mobile No.	case	Provider Name
1	SANJAY KUMAR RAM LAKHAN	1	EMPLOYEE	2354538171	0	0	571136754		

<p>Undertakings:</p> <p>1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).</p> <p>2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.</p> <p>3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.</p> <p>4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.</p>	<p>الالتزامات والتعهدات :</p> <p>1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات، وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.</p> <p>2. أوافق على إخفاء (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد.</p> <p>3. أقر بأنني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع</p> <p>4. عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Entity's stamp	Employee Signature (4)	Date
	SANJAY	2024/11/14

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) شهر
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السابقة
- (3) في حال الحاجة لإضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
- (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له

نموذج الإفصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : تأمل قبالك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و أفراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع وثيقة الموحدة							
Addition <input type="checkbox"/> (2) إضافة	New <input checked="" type="checkbox"/> جديد	Type (1)							
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/الرجل التجاري :		Entity Name : Al salam							
Mobile No : 568778423 رقم الجوال:		Employee Name : ALI SALEH ALI AL KHUZAEI							
ID Number 2370104867		رقم الهوية							
Gender : 1 الجنس:		Marital Status Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب							
Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :		يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -							
1	Any hospital admission during last 12 months?	لا <input checked="" type="checkbox"/> No نعم <input type="checkbox"/> Yes	هل تم التويز بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟						
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	لا <input checked="" type="checkbox"/> No نعم <input type="checkbox"/> Yes	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التويز، الأورام الحميدة السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو تصلب متعدد.						
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, auher's disease, G6PDDeficiency, systicfibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	لا <input checked="" type="checkbox"/> No نعم <input type="checkbox"/> Yes	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المتجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات تشويكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض فوشر، مرض التكسر القلبي، التليف الكيسي، هييموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكلى، تشوهات الخلقى الوراثى.						
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	لا <input checked="" type="checkbox"/> No نعم <input type="checkbox"/> Yes	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيشاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.						
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	لا <input checked="" type="checkbox"/> No نعم <input type="checkbox"/> Yes	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي، التهاب المفاصل أو تمزق الربطة.						
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	لا <input type="checkbox"/> No نعم <input type="checkbox"/> Yes	للأتم الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع						
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)									
اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف / أفراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		568778423	0	0	2370104867	EMPLOYEE	1	ALI SALEH ALI AL KHUZAEI	1

Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	الالتزامات و التفويض : 1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه قل قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدي بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التعويض كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي يشكك قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بالي قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه لوقع 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Entity's stamp سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ 2024/12/14
------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------	--------------------------------------

- (1) عند تجديد الوثيقة قلقة لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مسمى عليه (11) أشهر
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للمواليد الجدد عند انضمامهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
- (3) في حال الحاجة لإضافة تأمين، أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
- (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك و أفراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة	
Addition <input type="checkbox"/> إضافة (2) New <input checked="" type="checkbox"/> جديد	Type (1) نوع الطلب		
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/السجل التجاري : Mobile No : 538010106 رقم الجوال :	Entity Name : Al salam Employee Name : ABU BAKR SULIMAN ABODA SULIMAN	اسم المنشأة : اسم الموظف :	
ID Number 2350601320	2350601320	رقم الهوية	
Gender : 1 : الجنس : 207	Nationality : الجنسية : 207	Married <input type="checkbox"/> متزوج	Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب
Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) : يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة - نعم -			
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, auher's disease, G6PD Deficiency, systic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes




Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)								بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد إضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)	
م	اسم الموظف / أفراد العائلة	الجنس	القرابة	رقم الهوية	الوزن	الطول	رقم الجوال	الحالة	اسم مقدم الخدمة
	Employees/Dependent Name	Gender	Relation	ID Number	Weight	Height	Mobile No.	case	Provider Name
1	ABU BAKR SULIMAN ABODA SULIMAN	1	EMPLOYEE	2350601320	0	0	538010106		

Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	الالتزامات والتعهدات : 1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات، وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بالي قد قرأت وافهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه لوقع 4. عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Entity's stamp	Employee Signature	Date
		التاريخ ١٤ / ١١ / ٢٠٢١

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر.
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح طبي للمواليد الجدد عند إضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية.
- (3) في حال الحاجة لاستضافة تأمين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد.
- (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له.
- (1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.


<p>بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد إضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)</p>								
<p>Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)</p>								
م	اسم الموظف / أفراد العائلة	الجنس	العلاقة	رقم الهوية	الوزن	الطول	رقم الجوال	الحالة
	Employees/Dependent Name	Gender	Relation	ID Number	Weight	Height	Mobile No.	case
1	GULAM NURANI MOHAMMAD JAHIR	1	EMPLOYEE	2370105070	0	0	594473235	اسم مقدم الخدمة Provider Name

Entity's stamp	Employee Signature (4)	Date
		

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.</p> <p>(2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.</p> <p>(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.</p> <p>(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.</p> | <p>(1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق لشركة طلب نموذج الاعتراف لأي مؤمن له مضي عليه (11) شهرا</p> <p>(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الاعتراف طبي للمواليد الجدد عند انضمامهم على وثيقة التأمين الصحي السارية</p> <p>(3) في حال الحاجة لاضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد</p> <p>(4) عدم تنسيقية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له</p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)								بيانات الموظفين والافراد العائلة للمراد اضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)	
اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	الترابطة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /الأفراد العائلة Employees/Dependent Name	٢
		59877233B	0	0	2370837532	EMPLOYEE	1	ABDUL HANAN ARSHAD ARSHAD	1

<p>Undertakings:</p> <p>1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).</p> <p>2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.</p> <p>3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.</p> <p>4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.</p>	<p>الافتراضات والتعهدات :</p> <p>1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناءً عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي نتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.</p> <p>2. أوافق على حقيقة (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه للتي تنشأ قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد.</p> <p>3. أقر بأني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه توقع</p> <p>4. عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Entity's stamp	Employee Signature (4)	Date
	ARSHAD	٢٠٢١ / ٧ / ١٤

- (1) Upon renewal of a policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تجديد الوصفة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مضي عليه (11) شهر
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح على التواليد الجدد عند استلامهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
- (3) في حال الحاجة لأضافة شاعرين أكثر يتم تبينة نموذج جديد
- (4) عدم تلقائية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له

نموذج الإفصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : تأمل قبلك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولتأمين حصولك و أفراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع وثيقة التوحيد							
Addition <input type="checkbox"/> (2) إضافة	New <input checked="" type="checkbox"/> جديد	Type (1)							
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/السيول التجاري :		Entity Name : Al salam							
Mobile No : 581287707 رقم الجوال:		Employee Name : MUHAMMAD JAMIL RAMZAN							
ID Number 2315312062		رقم الهوية							
Gender : 1 الجنس:		Nationality : 321 الجنسية:							
Marital Status Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب		الحالة الاجتماعية:							
Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :									
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟						
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: الأورام الحميدة، المرطبان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفشل، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.						
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PDDeficiency, systicfibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، التلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضغور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكرس القلوي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكلى، الكلى الوراثي.						
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيشاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية						
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاق الفقرودي، الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة						
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	للأثني الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع						
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)									
م	اسم الموظف / أفراد العائلة	الجنس	الترقية	رقم الهوية	الوزن	الطول	رقم الجوال	الحالة	اسم مقدم الخدمة
	Employees/Dependent Name	Gender	Relation	ID Number	Weight	Height	Mobile No.	case	Provider Name
1	MUHAMMAD JAMIL RAMZAN	1	EMPLOYEE	2315312062	0	0	581287707		

Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	الإقرار والتعهد : 1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي نتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد نحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كليا عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بأنني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع. 4. عدم تعبئة بيانات الوزن و الطول و الوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة.
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Entity's Name اسم المؤسسة شركة عناية العامة 1010095926	Employee Signature (4) توقيع الموظف RAMZAN	Date التاريخ 14/11/2021
----------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------	------------------------------------------

- (1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) شهرا
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح طبي للمواليد الجدد عند انضمامهم على وثيقة التأمين الصحية
- (3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
- (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

نموذج الإفصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بملءة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة	
Addition <input type="checkbox"/> (2) إضافة	New <input checked="" type="checkbox"/> جديد	Type (1) نوع الطلب	
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/السجل التجاري :		Entity Name : Al salam اسم المنشأة :	
Mobile No : 581192250 رقم الجوال:		Employee Name : MOHAMMAD MUNIR ANWAR اسم الموظف:	
ID Number 2314877826		رقم الهوية	
Gender : 1 الجنس:		Nationality : 321 الجنسية:	
Marital Status Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب		Marital Status	
يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة - نعم - Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :			
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم التويم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفشل، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, auher's disease, G6PDD deficiency, systic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلوية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا العنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكية، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشير، مرض التكتير القلبي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين، الخلق الوراثي.
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي، الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	للأختى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع

بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد إضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)							
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)							
م	اسم الموظف لأفراد العائلة	الجنس	القرابة	رقم الهوية	الوزن	الطول	رقم الجوال
	Employees/Dependent Name	Gender	Relation	ID Number	Weight	Height	Mobile No.
1	MOHAMMAD MUNIR ANWAR	1	EMPLOYEE	2314877826	0	0	581192250

Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	الالتزامات والتعهدات : 1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أسس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بأنني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع. 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة.
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Entity's stamp 1010095926	Employee Signature (4) ANWAR	Date 14/11/2021
------------------------------	---------------------------------	--------------------

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له ممتري عليه (11) أشهر
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للموالميد الجند عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
- (3) في حال الحاجة لأضافة تأمين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
- (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له

<p>Dear Insured: Please fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.</p>		<p>عزيزي المؤمن له: تأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مبالغ الوثيقة الموحدة</p>	
<p>نوع الطلب (1)</p> <p>Addition <input type="checkbox"/> إضافة (2) New <input checked="" type="checkbox"/> جديد</p>		<p>Type</p>	
<p>اسم المنشأة: Al salam</p>		<p>Entity Name: Al salam</p>	
<p>اسم الموظف: MUHAMMAD AHMAD ALI ANJUM</p>		<p>Employee Name: MUHAMMAD AHMAD ALI ANJUM</p>	
<p>رقم الهوية: 2315315255</p>		<p>رقم الجوال: 530933258</p>	
<p>الجنس: 1</p>		<p>Marital Status: Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب</p>	
<p>الجنسية: 321</p>		<p>ID Number: 2315315255</p>	
<p>Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes):</p>			
1	Any hospital admission during last 12 months?	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>
<p>بيانات الموظفين وأفراد العائلة المراد إضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)</p>			
م	اسم الموظف / أفراد العائلة	الجنس	القرابة
	Employees/Dependent Name	Gender	Relation
1	MUHAMMAD AHMAD ALI ANJUM	1	EMPLOYEE
	اسم مقدم الخدمة	الحالة	رقم الجوال
	Provider Name	case	Mobile No.
			530933258
		الوزن	الطول
		Weight	Height
		0	0
		رقم الهوية	ID Number
		2315315255	
<p>التعهدات:</p> <p>1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).</p> <p>2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.</p> <p>3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.</p> <p>4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of caesary surgery.</p>			
<p>التوقيع:</p> <p>1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عنابة السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.</p> <p>2. أوافق على أحقية (شركة عنابة السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة المؤمن له خلال فترة سريان العقد.</p> <p>3. أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه لوقع.</p> <p>4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المقررة.</p>		<p>التاريخ: ٢٠٢١ / ٧ / ١٤</p>	
<p>Entity's stamp:</p> <p>1010095926</p>		<p>Employee Signature: ANJUM</p>	

- (1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج إفصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) شهراً
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للمواليد الجدد عند استضافتهم على وثيقة التأمين الصحية السارية
- (3) في حال الحاجة لإضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
- (4) عدم تعبئة نموذج إفصاح طبي بدلاً عن المؤمن له

نموذج الإفصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك ولفراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب نطاق الوثيقة الموحدة	
Additional <input type="checkbox"/> (2) إضافة New <input checked="" type="checkbox"/> جديد Type (1)		اسم المنشأة : Al Salam اسم الموظف : MOHAMMED SAIFUL BABUL رقم الهوية : 2315382693 الحالة الاجتماعية : <input checked="" type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> Single	
PolicyNo/CR : 503470155 Mobile No : 503470155 ID Number : 2315382693		Entity Name : Al Salam Employee Name : MOHAMMED SAIFUL BABUL Marital Status : <input checked="" type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Single	
Gender : 1 Nationality : 305		برجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات اتيها بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة - نعم -	
Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :		هل تم التشخيص بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط:	
1 Any hospital admission during last 12 months?		<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
2 Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.		<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
3 Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, auher's disease, G6PD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.		<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
4 Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.		<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
5 Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.		<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
6 Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)									
م	اسم الموظف / أفراد العائلة	الجنس	القرابة	رقم الهوية	الوزن	الطول	رقم الجوال	الحالة	اسم مقدم الخدمة
	Employees/Dependent Name	Gender	Relation	ID Number	Weight	Height	Mobile No.	case	Provider Name
1	MOHAMMED SAIFUL BABUL	1	EMPLOYEE	2315382693	0	0	503470155		

Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.		الالتزامات والتعهدات : 1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناءً عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على إعطاء (شركة عناية السعودية) في رفض التغطية أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بأنني قد قرأت وافهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه لوقع. 4. عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة.	
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Entity's stamp مؤسسة عناية السعودية للمقاولات العامة 1010005986	Employee Signature (4) توقيع الموظف BABUL	Date التاريخ ٢٠٢١ / ١٧ / ١٤
-----------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------	-----------------------------------

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مسبقاً عليه (11) أشهر
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للموالمدة الجدد عند استقائهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
- (3) في حال المعالجة لأشخاصة تأمين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
- (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً من المؤمن له
- (1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

نموذج الإفصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك و أفراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مزايا الوثيقة الموحدة	
نوع الطلب : (1) Addition <input type="checkbox"/> إضافة (2) <input checked="" type="checkbox"/> New <input checked="" type="checkbox"/> جديد		Entity Name : Al salam Employee Name : IMAMUDDIN SHAMSHUDDIN MIYAN	
PolicyNo/CR : Mobile No : 502096795		رقم الوثيقة/السجل التجاري : رقم الجوال : 2315385787	
ID Number : 2315385787		الحالة الاجتماعية : Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب Married <input type="checkbox"/> متزوج	
Gender : 1 Nationality : 305		Marital Status :	
يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة - نعم - Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :			
1	Any hospital admission during last 12 months?	No <input checked="" type="checkbox"/>	هل تم التوثيق بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	No <input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، الكليبات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PD Deficiency, systic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	No <input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التفسير القولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثية.
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	No <input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	No <input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاق الغضروفي، الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	للنساء الحوامل فقط: حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع
بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد إضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)			
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)			
م	اسم الموظف /الأفراد العائلية	الجنس	العلاقة
	Employees/Dependent Name	Gender	Relation
1	IMAMUDDIN SHAMSHUDDIN MIYAN	1	EMPLOYEE
	اسم مقدم الخدمة	الحالة	رقم الجوال
	Provider Name	case	Mobile No.
			502096795
		الوزن	الطول
		Weight	Height
		0	0
		ID Number	2315385787
الأقرار والتلويح : 1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كلما عُد عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع. 4. عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحية للسمنة المقررة.			
Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.		توقيع الموظف : Employee Signature (4) MIYAN	
Entity's stamp 1010095926		التاريخ : Date : 20/11/2024	

- (1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
 (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
 (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
 (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يجب للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) شهر.
 (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للمولود المحدث عند إضافتهم على وثيقة التأمين السمي السابقة.
 (3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد.
 (4) عدم تعبئة بيانات صليب الحمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له.

نموذج الإفصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : تأمل قيادة بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مبالغ الوثيقة الموحدة	
Addition <input type="checkbox"/> (2) إضافة New <input checked="" type="checkbox"/> جديد Type (1)		اسم المنشأة : Al salam اسم الموظف : ABDELHAFIZ KAMAL MOHAMED رقم الهوية :	
PolicyNo/CR : 551299789 Mobile No : 551299789 ID Number : 2338300474		رقم الوثيقة السجل التجاري : رقم الجوال : الحالة الاجتماعية : <input checked="" type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/>	
Gender : 1 Nationality : 305		Marital Status : <input checked="" type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Single	
Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :			
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, auher's disease, G6PDD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)							
م	اسم الموظف لفراد العائلة	الجنس	الترقية	رقم الهوية	الوزن	الطول	رقم الجوال
Employees/Dependent Name	Gender	Relation	ID Number	Weight	Height	Mobile No.	case
ABDELHAFIZ KAMAL MOHAMED	1	EMPLOYEE	2338300474	0	0	551299789	Provider Name

التزامات و التفويض : 1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة رعاية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر 2. أوافق على أحقية (شركة رعاية السعودية) في رفض المطالبة أو للتغطية كليا عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد 3. أقر بأنني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم لشركتي اسم أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة		التزامات و التفويض : 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Entity's stamp مؤسسة رعاية التأمين شركة رعاية التأمين العامة	Employee Signature توقيع الموظف ٢٠٢١/١٢/١٤	Date التاريخ
--------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------	-----------------

- 1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق لشركة طلب نموذج إفصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
- 2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح الطبي للموالت الجدد عند استحقاقهم على وثيقة التأمين المسمى السابقة
- 3) في حال الحاجة لإضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
- 4) عدم تلمسية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : تأمل فياكت بعناية هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مناطق الوثيقة الموحدة	
Addition <input type="checkbox"/> (2) إضافة	New <input checked="" type="checkbox"/> جديد	Type (1)	
PolicyNo/CR :		Entity Name : Al salam	
Mobile No : 502187393		Employee Name : ELAGEED DAFALLA ALI MOHAMED	
ID Number		رقم الهوية	
Gender : 1		Marital Status Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب	
Nationality : 304		الجنسية:	
Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :			
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	هل تم التحويل بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفشل، أمراض المناعة الذاتية أو تصلب متعدد.
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PDD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنوية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكرار القلبي، التليف الكيسي، هيموكروماتوزيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: المياه البيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي لل discs، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	للإناث الحوامل فقط: حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)			
اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height
الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender
اسم الموظف / أفراد العائلة Employees/Dependent Name	1	ELAGEED DAFALLA ALI MOHAMED	1

Undertakings:

- I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
- I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الالتزامات والتفويض:

- أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أسس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.
- أوافق على أن شركة (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبات أو التعطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التمتع أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد.
- أقر بأنني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي لاسم أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع.
- عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي إلي رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة.

Entity's stamp ختم جهة المؤسسة سلام النخبة	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
----------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------	------------------------

- Upon removal of the policy, the Insured shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق لشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له سمدى عليه (11) أشهر.
- لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح طبي للمواليد الحدد عند انضمامهم على وثيقة التأمين الصحي السارية.
- في حال الحاجة لأضافة تبعية أكثر يتم تعبئة نموذج جديد.
- عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له.

[illegible]

نموذج الإفصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

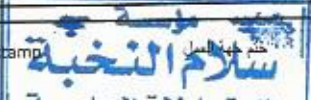
Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : تأمل قيامك بملء هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مبالغ الوثيقة الموحدة	
Addition <input type="checkbox"/> (2) إضافة New <input checked="" type="checkbox"/> جديد Type (1)		اسم المنشأة : Al salam اسم الموظف : SALAUDDIN JALALUDDIN رقم الهوية : 2314878600 الحالة الاجتماعية : أعزب <input checked="" type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/>	
PolicyNo/CR : 562268894 Mobile No : 562268894 ID Number : 2314878600		رقم الوثيقة السجل التجاري : رقم الجواز : 304 Gender : 1 Nationality : 304	
Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :		يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم التتويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو تصلب متعدد.
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PDD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر القولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثية.
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاق الغضروفي، الدوسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	للإشارة الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد إضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

م	اسم الموظف / أفراد العائلة	الجنس	القرابة	رقم الهوية	الوزن	الطول	رقم الجوال	الحالة	اسم مقدم الخدمة
	Employees/Dependent Name	Gender	Relation	ID Number	Weight	Height	Mobile No.	case	Provider Name
1	SALAUDDIN JALALUDDIN	1	EMPLOYEE	2314878600	0	0	562268894		

Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	الالتزامات والتعهدات : 1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على أن شركة (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي تشكلت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع. 4. عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة.
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Entity's stamp 	Employee Signature (4) SALAUDDIN	Date ٢٠٢١ / ٧ / ١٤
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------	------------------------------




- Upon renewal of the policy, the Insured shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) شهراً.
- لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للمواليد الجدد عند إضافتهم على وثيقة التأمين الصحي.
- في حال الحاجة لإضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد.
- عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له.

عزيزي المؤمن له : تأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مبادئ الوثيقة الموحدة					عزيزي المؤمن له : Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.				
نوع الطلب (1)		Type		Addition <input type="checkbox"/> إضافة (2)		New <input checked="" type="checkbox"/> جديد			
اسم المنشأة : Al salam				رقم الوثيقة/ السجل التجاري :					
اسم الموظف : JAAN MOHAMMAD SHIEKH				Mobile No : 545309204					
رقم الهوية :				ID Number : 2375418767					
الحالة الاجتماعية :		Married <input type="checkbox"/> متزوج		Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب		Gender : 1			
Marital Status :		Nationality : 900		الجنس :		900			
يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة - نعم -									
نعم Yes		لا No		Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :					
هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>					
هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: الأورام الحميدة (السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفشل، أمراض المناعة الذاتية أو تصلب متعدد.		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>					
هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا العنقودية، التلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشير، مرض التكسر القولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكلى، خلقي الوراثة		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>					
هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بياض، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>					
هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاق الغضروفي الديسك، الحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>					
<u>للأثير الحامل فقط :</u> حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>					
Employee and dependents details that need to be added (in case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)									
اسم الموظف / افراد العائلة		القرابة		رقم الهوية		الوزن			
اسم مقدم الخدمة		Relation		ID Number		Height			
Employees/Dependent Name		Gender		Mobile No.		Weight			
1		1		2375418767		0			
JAAN MOHAMMAD SHIEKH		EMPLOYEE		545309204		0			

الافتراضات والتفويض :

1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة رعاية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاجها إليها لتقييم المخاطر.
2. أوافق على أحقية (شركة رعاية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه للتي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو ابتداء مؤمن له خلال فترة سريان العقد.
3. أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أؤكد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع
4. عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة




Entity's stamp	Employee Signature (4)	Date
		

- (1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بملءة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب نطاق الوثيقة الموحدة	
نوع الطلب (1) Addition <input type="checkbox"/> إضافة (2) <input checked="" type="checkbox"/> New جديد		Type	
PolicyNo/CR :		Entity Name : Al salam	
Mobile No : 595478069		Employee Name : FURQAN DANISH ZAFAR ALI	
ID Number		رقم الهوية	
Gender : 1		الحالة الاجتماعية: أعزب <input checked="" type="checkbox"/> Single متزوج <input type="checkbox"/> Married	
Nationality : 321		Marital Status	
التجنس:		الجنسية:	
Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :		يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
		نعم Yes	لا No
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PDD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	لأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)								بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد إضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)	
اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة Case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف / أفراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		595478069	0	0	2375420045	EMPLOYEE	1	FURQAN DANISH ZAFAR ALI	1

<p>Undertakings:</p> <p>1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).</p> <p>2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.</p> <p>3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.</p> <p>4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.</p>	<p>القرار والتفويض :</p> <p>1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها للقيم المخاطر.</p> <p>2. أوافق على اتفاقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه لفتني، نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد.</p> <p>3. أقر بأني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما تتعهد بأن عدم إشارتي إمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع</p> <p>4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المقروطة</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Entity's stamp	Employee Signature (4)	Date
		

- (1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تجديد الوضعة خالة لا يحق لشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مصلحة عليه (٩٩) لشهر
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح لملي للمواليد الجدد عند اصطفاهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
- (3) في حال الحاجة لأضافة التأمين أكرر يتم تمثنة نموذج جديد
- (4) عدم تقاضية غرام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

نموذج الإفصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : تأمل فيمات بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و أفراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مزايا الوثيقة الموحدة	
نوع الطلب (1) Addition <input type="checkbox"/> إضافة (2) New <input checked="" type="checkbox"/> جديد	Type		
PolicyNo/CR :	Entity Name : Al salam		
Mobile No : 506144072	Employee Name : OMAR AHMED BAMUHRIZ		
ID Number	رقم الهوية		
Gender : 1	Nationality : 320	Marital Status	الحالة الاجتماعية:
Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :		Yes	No
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PD Deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	لاستمر الحامل فقط : حمل حالي جينين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)			
اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height
الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender
اسم الموظف / أفراد العائلة Employees/Dependent Name	م	اسم الموظف / أفراد العائلة Employees/Dependent Name	م
506144072	0	0	2040467157
506144072	0	0	2165775889
556396044	0	0	2137382939
506144072	0	0	2073520971
التوقيعات :			
Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.		1. أقر ان البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة إنعاش السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر 2. أوافق على حقيقة (شركة إنعاش السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كليا عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد 3. أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة	
Entity's stamp مختم شركة إنعاش للمقاولات العامة 1010095926	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ	2021/11/14

- (1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 12 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مضى عليه (12) شهرا
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح طبي للمواليد الجدد عند انضمامهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
- (3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
- (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

نموذج الإفصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: Please fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بملء هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك و أفراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مفاد الوثيقة الموحدة	
نوع الطلب (1) Addition <input type="checkbox"/> إضافة (2) New <input checked="" type="checkbox"/> جديد		Type	
PolicyNo/CR : Mobile No : 556840070		Entity Name : Al salam Employee Name : RAJA MOHAMED KHAN	
ID Number : 2234512404		رقم الهوية : 2234512404	
Gender : 1 Nationality : 304		الحالة الاجتماعية : <input checked="" type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> مطلق	
Marital Status : Married		Status	
Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :		يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات اذناه بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1 Any hospital admission during last 12 months?		هل تم التحويل بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟	
2 Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.		هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، القشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، للتكتيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو تصلب متعدد.	
3 Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PDD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.		هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التعشيل، الغاذبي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكرس القلبي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكلى، تشوهات الخلقى الوراثية.	
4 Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.		هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: المياه البيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	
5 Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.		هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاقي الفقرولي للربك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة	
6 Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date		للإثبات الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)			
بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد اضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)			
م	اسم الموظف / أفراد العائلة	الجنس	العلاقة
	Employees/Dependent Name	Gender	Relation
1	RAJA MOHAMED KHAN	1	EMPLOYEE
	اسم مقدم الخدمة	الحالة	رقم الجوال
	Provider Name	case	Mobile No.
			556840070
	الطول	الوزن	رقم الهوية
	Height	Weight	ID Number
	0	0	2234512404

Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.		الإقرار والتعهد : 1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبات أو التعطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارة اسم أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع. 4. عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحية السمنة المفرطة	
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Entity's stamp ختم جهة المؤسسة سلام النخبة مؤسسة التأمين	Employee Signature توقيع الموظف RAJA	Date التاريخ ٢٠٢١ / ١٢ / ١٤
-------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------	-----------------------------------

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له محض عليه (11) أشهر
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السابقة
- (3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
- (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له
- (1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 12 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

نموذج الإفصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : تأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و أفراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مبالغ الوثيقة الموحدة							
Addition <input type="checkbox"/> (2) إضافة New <input checked="" type="checkbox"/> جديد	Type (1)	اسم المنشأة : Al salam اسم الموظف : VIMALRAJ RAMALINGAM							
PolicyNo/CR : Mobile No : 570808156	رقم الوثيقة/ السجل التجاري : رقم الجوال : 2235203342	رقم الهوية : الحالة الاجتماعية : أعزب <input checked="" type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/>							
Gender : 1 Nationality : 900	Marital Status : Married <input type="checkbox"/>	يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة - نعم - هل تم التزويج بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟							
Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) : 1 Any hospital admission during last 12 months?		No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>						
2 Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.		No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>						
3 Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PD Deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.		No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>						
4 Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.		No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>						
5 Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.		No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>						
6 Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date		No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو تصلب المتعدد. هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا العنقجية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التعثر، الخذالي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر القلبي، التليف الكيسي، هيموكروماتوزيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثية. هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: المياه البيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية. هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي، التهاب الحرقف الصدودي، التهاب المفصل أو تمزق الأربطة. للإناث الحوامل فقط: حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع						
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below) بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد إضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)									
اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف / أفراد العائلة Employees/Dependent Name	#
		570808156	0	0	2235203342	EMPLOYEE	1	VIMALRAJ RAMALINGAM	1

Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	الالتزامات والتعهدات : 1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تعامل معها لتزويدي بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بأنني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه لوقع 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Entity's stamp 1010095926	Employee Signature (4) VIMALRAJ	توقيع الموظف Date التاريخ ١٤ / ١٢ / ٢٠٢١
------------------------------	------------------------------------	------------------------------------------------

- (1) عند تجديد الوثيقة فقل لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للمواليد الحدد عند انضمامهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
- (3) في حال الحاجة لإضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
- (4) عدم تغطية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له
- (1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

نموذج الإفصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك و أفراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مزايا الوثيقة الموحدة	
Addition <input type="checkbox"/> إضافة (2) New <input checked="" type="checkbox"/> جديد	Type (1)		
PolicyNo/CR :	Entity Name : Al salam	اسم المنشأة :	
Mobile No : 537058829	Employee Name : UPENDRA KUMAR SINGH	اسم الموظف :	
ID Number	2237124165	رقم الهوية	
Gender : 1	Nationality : 900	Marital Status	أعزب <input checked="" type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/>
Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :		No	Yes
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)			
اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height
		537058829	0
الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	الترابطة Relation	الجنس Gender
0	2237124165	EMPLOYEE	1
اسم الموظف / أفراد العائلة Employees/Dependent Name	UPENDRA KUMAR SINGH		




Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	الالتزامات والتوقيض : 1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة علياء السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على أحقية (شركة علياء السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كليا عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر باني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه نوع. 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة للمقرنة
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Entity's stamp	Employee Signature (4)	Date
	UPENDRA	2023/11/14

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) شهرا
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح لأي أفراد العائلة الجدد عند انضمامهم على وثيقة التأمين المسمى السارية
- (3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
- (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.				عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة																															
Addition <input type="checkbox"/> (2) إضافة		New <input checked="" type="checkbox"/> جديد		Type (1)																															
PolicyNo/CR :				Entity Name : Al salam																															
Mobile No : 577519573				Employee Name : DELUWAR MENTU MIA FATEMA																															
ID Number				رقم الهوية																															
Gender : 1				الحالة الاجتماعية:																															
Nationality : 900				Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب																															
Gender : 1				الحالة الاجتماعية:																															
Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :				يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -																															
Yes				No																															
1 Any hospital admission during last 12 months?				هل تم التلويح بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟																															
2 Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.				هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، القشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو تصلب متعدد.																															
3 Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilla, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PDD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.				هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المتعادلة، التلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوش، مرض التكرار اللولبي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثية																															
4 Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.				هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بياض، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية																															
5 Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.				هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاق الغضروفي للربك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة																															
6 Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date				للأنثى الحامل فقط : حمل حالي وحين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع																															
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)																																			
بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد اضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>م</th> <th>اسم الموظف /أفراد العائلة</th> <th>الجنس</th> <th>القرابة</th> <th>رقم الهوية</th> <th>الطول</th> <th>الوزن</th> <th>رقم الجوال</th> <th>الحالة</th> <th>اسم مقدم الخدمة</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Employees/Dependent Name</th> <th>Gender</th> <th>Relation</th> <th>ID Number</th> <th>Height</th> <th>Weight</th> <th>Mobile No.</th> <th>case</th> <th>Provider Name</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>DELUWAR MENTU MIA FATEMA</td> <td>1</td> <td>EMPLOYEE</td> <td>2307949863</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>577519573</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						م	اسم الموظف /أفراد العائلة	الجنس	القرابة	رقم الهوية	الطول	الوزن	رقم الجوال	الحالة	اسم مقدم الخدمة		Employees/Dependent Name	Gender	Relation	ID Number	Height	Weight	Mobile No.	case	Provider Name	1	DELUWAR MENTU MIA FATEMA	1	EMPLOYEE	2307949863	0	0	577519573		
م	اسم الموظف /أفراد العائلة	الجنس	القرابة	رقم الهوية	الطول	الوزن	رقم الجوال	الحالة	اسم مقدم الخدمة																										
	Employees/Dependent Name	Gender	Relation	ID Number	Height	Weight	Mobile No.	case	Provider Name																										
1	DELUWAR MENTU MIA FATEMA	1	EMPLOYEE	2307949863	0	0	577519573																												

<p>Undertakings:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery. 	<p>الإقرار والتفويض :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فلن أقبل الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على حقيقة (شركة عناية السعودية) لي رفض المطالبة أو التغطية كليا عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه للتي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مضمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع 4. عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المعروفة
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Entity's stamp	Employee Signature (4)	Date
		

- (1) Upon removal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عدم تجديد الوصفة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج الفحص لأي مؤمن له مستوى عليه (11) أشهر
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الفحص حتى للموالية الجند عند اعتمادهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
- (3) في حال الحاجة إلىصفة ثلثين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
- (4) عدم تقاضيهم قيام صاحب العمل بالتوقيع ولا عن المؤمن له

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مبادئ الوثيقة الموحدة	
Addition <input type="checkbox"/> إضافة (2) New <input checked="" type="checkbox"/> جديد	Type (1)		
PolicyNo/CR :		Entity Name : Al salam	
Mobile No : 576761553		Employee Name : KALAM ABUL HOSSAIN SOFEYA	
ID Number		رقم الهوية	
Gender : 1		Marital Status <input type="checkbox"/> متزوج <input checked="" type="checkbox"/> أعزب	
Nationality : 900		الجنسية :	
Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :			
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, achter's disease, G6PD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Yes
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)			
بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد اضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)			
م	اسم الموظف / أفراد العائلة	الجنس	العلاقة
م	اسم مقدم الخدمة	الحالة	اسم مقدم الخدمة
1	KALAM ABUL HOSSAIN SOFEYA	1	EMPLOYEE
1	576761553	0	0
1	2309098164	0	0

Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	التعهدات والتفويض : 1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويديها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التعطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم التوقيع أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة تلي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع. 4. عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة.
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Entity's stamp شركة عناية للمقاولات العامة 1010095926	Employee Signature (4) KALAM	Date التاريخ 2023/12/12
-----------------------------------------------------------------------	----------------------------------------	--------------------------------------

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق لشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له منسرى عليه (11) أشهر.
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للموئيد الجديد عند اضافتهم على وثيقة التأمين المسمى السارية.
- (3) في حال الحاجة لأضافة تأمين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد.
- (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له.

عزيزي المؤمن له :
نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسليم ولحمان حصولك و أفراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

نوع الطلب (1)

اسم المنشأة :
Entity Name : Al salam

اسم الموظف :
Employee Name : ASHAB UDDIN RUSTUM ALI

رقم الهوية :
ID Number : 2309098495

رقم الجوال :
Mobile No : 554793468

الحالة الاجتماعية :
Married ☐ متزوج Single ☒ أعزب

جنس : 1 Nationality : 321

يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة - نعم -

Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :

1 هل تم التوبيع بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟

2 هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفشل، أمراض المناعة الذاتية أو تصلب متعدد.

3 هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو المكتسبة التالية فقط : الفشل الدماغى، اضطراب الخلايا المنجلية، ثلاثيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقام الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأضلاع التامسية، أمراض الكروموسومات، مرض لوشر، مرض للتسر القلوي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكلى، الخلقى الوراثى

4 هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بياض، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية

5 هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاق الفخروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة

6 **Pregnant Females only:**
Current single pregnancy
Current single pregnancy with previous CS delivery
Current multiple pregnancy
Expected delivery date

بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد إضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

الترتيب	اسم الموظف / أفراد العائلة	الجنس	الترقية	رقم الهوية	الوزن	الطول	رقم الجوال	الحالة	اسم مقدم الخدمة
1	Employees/Dependent Name	Gender	Relation	ID Number	Weight	Height	Mobile No.	case	Provider Name
1	ASHAB UDDIN RUSTUM ALI	1	EMPLOYEE	2309098495	0	0	554793468		

التعهدات:

- I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
- I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

- أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.
- أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد.
- أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع.
- عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحية لزيادة الوزن المفرطة.

التاريخ : ٢٠٢١ / ١١ / ١٤

توقيع الموظف : ASHAB UDDIN

موقع الموظف : ١٠١٠٠٩٥٩٢٦

Entity's Stamp : مؤسسة سلامة النخبة للمقاولات العامة

- (1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(عند تجديد الوثيقة فإنه لا بحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) شهراً)

(لا بحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للمولود الحدد عند إضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السابقة)

في حال الحاجة لإضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد

عدم تغطية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له

تعليق المؤمن له : تأمل قبامك ببنية هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية السمية بالشكل المطلوب حسب مدافع الوثيقة الموحدة					Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.				
Addition <input type="checkbox"/> إضافة (2)		New <input checked="" type="checkbox"/> جديد		Type		(1)			
اسم المنشأة : Al salam					PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/السجل التجاري :				
اسم الموظف : EISSA HAMOOD SARHAN					Mobile No : 501205727 رقم الجوال:				
رقم الهوية					ID Number 2377607300				
الحالة الاجتماعية: أعزب <input checked="" type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/>					Gender : 1 Nationality : 207 الجنس:				
يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة - نعم -					لا نعم No Yes				
هل تم التشخيص بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو تصلب المتعدد.					هل تم التشخيص بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو تصلب المتعدد.				
هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : التشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، التلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الغلوي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي					هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : التشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، التلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الغلوي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي				
هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية					هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: المياه البيضاء، المياه الزرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية				
هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاق العنقري، التواءات، الحرفاء العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة					هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاق العنقري، التواءات، الحرفاء العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة				
للأثني، الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قبصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع					Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date				
بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد إضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)									
م	اسم الموظف /أفراد العائلة	الجنس	القرابة	رقم الهوية	الوزن	الطول	رقم الجوال	الحالة	اسم مقدم الخدمة
1	EISSA HAMOOD SARHAN	1	EMPLOYEE	2377607300	0	0	501205727	case	Provider Name

<p>Undertakings:</p> <p>1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).</p> <p>2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.</p> <p>3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.</p> <p>4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.</p>	<p>الاعتراف والتفويض :</p> <p>1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدي بأي معلومات طبية قد تحتاجها لتقييم المخاطر.</p> <p>2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كلها عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو انقضاء مومن له خلال فترة سريان العقد.</p> <p>3. أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة تلي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع</p> <p>4. عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلي رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة</p>
<p>Entity's stamp</p> <p>شركة عناية السعودية</p> <p>للمقاولات العامة</p> <p>1010085026</p>	<p>Employee Signature</p> <p>(4)</p> <p>توقيع الموظف</p> <p>Date</p> <p>التاريخ</p> <p>٢٠٢١ / ١١ / ١٤</p>

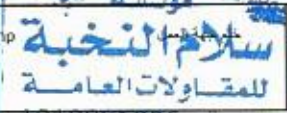
- (1) Upon renewal of the policy, ~~the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.~~
- (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تجديد الوصفة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له معنى عليه (11) شهر
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند انصاتهم على وثيقة التأمين الصحي المبررة
- (3) في حال الحاجة لاستشارة التأمين أكثر يتم تحنة نموذج جديد
- (4) عدم تعاطية فواتر صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

نموذج الإفصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بملء هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك و أفراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مبالغ الوثيقة الموحدة	
Addition <input type="checkbox"/> إضافة (2) New <input checked="" type="checkbox"/> جديد	Type (1)	اسم المنشأة : Al salam اسم الموظف : MUHAMMAD FAWAD RAUF	
PolicyNo/CR : Mobile No : 596976187	رقم الوثيقة/ السجل التجاري : رقم الجوال :	Entity Name : Employee Name :	
ID Number	2376622896	رقم الهوية :	
Gender : 1	Nationality : 321	Marital Status	Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب
يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أثناء بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة - نعم - Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :			
1	Any hospital admission during last 12 months?	لا <input checked="" type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	هل تم التتويم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	لا <input checked="" type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الغلغ، أمراض المناعة الذاتية أو تصلب متعدد.
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PD Deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	لا <input checked="" type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المتعادلة، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض فوشر، مرض التصلب الغلوي، التليف الكيسي، هيموفروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثية.
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	لا <input checked="" type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بياض، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	لا <input checked="" type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	للإشر، الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)			
م	اسم الموظف / أفراد العائلة	الجنس	الفرابة
م	اسم مقدم الخدمة	الحالة	اسم مقدم الخدمة
1	MUHAMMAD FAWAD RAUF	1	EMPLOYEE
2376622896	0	0	596976187

Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	الإقرار والتعهد: 1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أسس هذه البيانات، وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لجمع أي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التعديلية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي تشكّل قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة إقراري بوجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع. 4. عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة.
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Entity's stamp	Employee Signature (4)	Date
	FAWAD	2023/11/11

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مدني عاونه (11) أشهر
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للمواليد الجدد عند انضمامهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
- (3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
- (4) عدم تعبئة قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له
- (5) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

نموذج الإفصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك و أفراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مزايا الوثيقة الموحدة							
Addition <input type="checkbox"/> إضافة (2) New <input checked="" type="checkbox"/> جديد	Type (1)	نوع القالب							
PolicyNo/CR : Mobile No : 530824471	رقم الوثيقة/ السجل التجاري : رقم الجوال:	Entity Name : Al salam Employee Name : TAMEEM ABDOULLAH AL AZABI							
ID Number : 2376625527		رقم الهوية							
Gender : 1 Nationality : 207	Marital Status : Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب	الحالة الاجتماعية:							
Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :									
1	Any hospital admission during last 12 months?	لا <input checked="" type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	هل تم التتويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟						
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	لا <input checked="" type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبد الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو تصلب المتعدد.						
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	لا <input checked="" type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكرس القلوي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.						
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	لا <input checked="" type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: المياه البيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.						
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	لا <input checked="" type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاق الغضروفي، التهاب المفاصل، التهاب المفاصل، التهاب الأوتار.						
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	لاكتي الحمل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع						
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)									
م	اسم الموظف / أفراد العائلة	الجنس	القرابة	رقم الهوية	الوزن	الطول	رقم الجوال	الحالة	اسم مقدم الخدمة
	Employees/Dependent Name	Gender	Relation	ID Number	Weight	Height	Mobile No.	case	Provider Name
1	TAMEEM ABDOULLAH AL AZABI	1	EMPLOYEE	2376625527	0	0	530824471		

Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	الالتزامات والتفويض : 1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تعامل معها لجمع أي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كليا عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم التوقيع أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه لوقع. 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة.
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Entity's Stamp مؤسسة سلام النخبة شركة التأمين العامة	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
---------------------------------------------------------------	----------------------------------------	-----------------

- (1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
 (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
 (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
 (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تجديد الوثيقة فلا لا يحق لشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مدنى عليه (11) شهر
 (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح طبي للمواليد الجدد عند انضمامهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
 (3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
 (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

نموذج الإفصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : تأمل فيملء هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مبالغ الوثيقة الموحدة	
Addition <input type="checkbox"/> إضافة (2) New <input checked="" type="checkbox"/> جديد	Type (1)		
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/السجل التجاري :		Entity Name : Al salam	
Mobile No : 568413095 رقم الجوال :		Employee Name : HESHAM MAGDI ELTABI IBRAHIM	
ID Number 2402185173		رقم الهوية	
Gender : 1	Nationality : 207	Marital Status <input type="checkbox"/> متزوج <input checked="" type="checkbox"/> أعزب	الحالة الاجتماعية:
Please declare any of below cases by marking 'v' under the word (yes) :		Yes	No
1 Any hospital admission during last 12 months?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2 Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3 Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4 Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5 Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6 Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل تم التشخيص بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط : «السرطان، أمراض القلب، الأورام الحميدة، أمراض الكبد الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكتيسات، ورم ليفي بالرحم، الفشل، أمراض الغشاعة ذاتية أو اكتساب المتعددة» هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأضواء التنسدية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكمير القولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثية للإناث الحوامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)			
م	اسم الموظف / افراد العائلة Employees/Dependent Name	الجنس Gender	القرابة Relation
1	HESHAM MAGDI ELTABI IBRAHIM	1	EMPLOYEE
اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height
568413095	0	0	2402185173

Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	الافعال والتعهدات : 1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أسس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزودها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التعطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشراتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة تعمي و قد وقع ما يستلزم الإفصاح عنه و عليه وقع 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Entity's stamp 	Employee Signature (4) 	Date ٢٠٢١ / ٧ / ١٤
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له معنى عليه (11) أشهر
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اسماقتهم على وثيقة التأمين الصحي
- (3) في حال الحاجة لأضافة تأمين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
- (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : تأمل في أنك بمنحة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة	
Addition <input type="checkbox"/> (2) إضافة	New <input checked="" type="checkbox"/> جديد	Type (1)	
PolicyNo/CR :		Entity Name : Al salam	
Mobile No : 505878537		Employee Name : HAMED ABDULRAHMAN AL AMERI	
ID Number		رقم الهوية	
Gender : 1		Marital Status Married <input type="checkbox"/> Single <input checked="" type="checkbox"/>	
Nationality : 207		الجنسية :	
Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :			
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	هل تم التتويم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hemias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفص، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PDD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب خلايا الدم الحمراء، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأضلاع التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التصلب اللوي، التليف الكيسي، هيموكروماتوزيس، مرض ويلسون، تكيس الكبد، تشوهات الكلى الوراثية.
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: المياه البيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاق الغضروفي لل discs، التهاب المفاصل، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	لاكثر الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)			
اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height
الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	العلاقة Relation	الجنس Gender
اسم الموظف / افراد العائلة Employees/Dependent Name	اسم الموظف / افراد العائلة Employees/Dependent Name	اسم الموظف / افراد العائلة Employees/Dependent Name	اسم الموظف / افراد العائلة Employees/Dependent Name

Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	الالتزامات : 1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على حقيقة (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي تشكلت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع. 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة.	
Entity's stamp	Employee Signature	Date

- Upon renewal of the policy, the insured shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) شهراً.
- لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للمولود الجديد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السابقة.
- في حال الحاجة لأسفلة ثلثين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد.
- عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له.

نموذج الإفصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : لامل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة							
Addition <input type="checkbox"/> إضافة (2) PolicyNo/CR : Mobile No : 571378078 ID Number 2388348399	New <input checked="" type="checkbox"/> جديد Entity Name : Al salam Employee Name : SYED MOHAMMAD RAFI Gender : 1 Nationality : 900	Type (1) اسم المنشأة : اسم الموظف : رقم الهوية : الحالة الاجتماعية :							
Please declare any of below cases by marking 'v' under the word (yes) :		يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة 'v' في المربع تحت كلمة - نعم -							
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم التتويم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟						
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المملاك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفلج، أمراض المناعة الذاتية أو تصلب متعدد.						
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PDD deficiency, systic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الجلوتي، التكليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.						
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بياض، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.						
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاق الغضروفي الديسك، التهاب المفاصل الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.						
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	للأتم، الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع						
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)									
اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف / افراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		571378078	0	0	2388348399	EMPLOYEE	1	SYED MOHAMMAD RAFI	1

Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	الالتزامات والتعهدات : 1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على حقيقة (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التعطية كليا عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بالي قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الي رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Entity's stamp مؤسسة عناية السعودية للحلول العامة 1010095926	Employee Signature SYED	Date 2022/11/14
-----------------------------------------------------------------------	----------------------------	--------------------

- (1) Upon renewal of the policy, the insured shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 12 months.
 (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
 (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
 (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مدنى عليه (12) شهرا
 (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
 (3) في حال الحاجة لاضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
 (4) عدم تظلية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

نموذج الإفصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك و أفراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب بنود الوثيقة الموحدة	
Addition <input type="checkbox"/> (2) إضافة	New <input checked="" type="checkbox"/> جديد	Type (1)	
PolicyNo/CR :		Entity Name : Al salam	
Mobile No : 573396298		Employee Name : RAKESH SUNAR	
ID Number		رقم الهوية	
Gender : 1		Nationality : 304	
Married <input type="checkbox"/> متزوج		Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب	
Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :		يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	هل تم التتويم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المتعادلة، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، إسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأضلاع التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر القلوي، التليف الكيسي، هيموكروماتوزيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثية.
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاق الغضروفي، الديسك، التهاب المفاصل، التهاب الفقار، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	للأشهر الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)			
اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height
الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender
اسم الموظف لإفراد العائلة Employees/Dependent Name	1	RAKESH SUNAR	1

Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	التعهدات والتفويض : 1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لجمع أي معلومات طبية مطلوبة لتقييم المخاطر. 2. أوافق على إمكانية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع. 4. عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة.
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Entity's stamp مؤسسة عناية للحلول الصحية 1010095926	Employee Signature (هـ) توقيع الموظف RAKESH	Date التاريخ ٢٠٢١ / ١٧ / ١٤
----------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مسبقاً عليه (11) شهر
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح طبي للموالميد الجديد عند انضمامهم على وثيقة التأمين الصحي السابقة
- (3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
- (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك و أفراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مبالغ الوثيقة الموحدة	
Addition <input type="checkbox"/> إضافة (2) New <input checked="" type="checkbox"/> جديدة	Type (1) نوع الطب		
PolicyNo/CR : Mobile No : 576274117	رقم الوثيقة/السجل التجاري : رقم الجوال:	Entity Name : Al salam Employee Name : SURENDAR SAHANI	اسم المنشأة : اسم الموظف:
ID Number : 2375206204	رقم الهوية		
Gender : 1 Nationality : 900	Marital Status : Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب	الحالة الاجتماعية:	
Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :		لا No	نعم Yes
1 Any hospital admission during last 12 months?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PD deficiency, sycitofibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	لا تأثري الحامل فقط : حمل حالي جتن واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)			
اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height
576274117	0	0	2375206204
ID Number	Relation	Gender	Employees/Dependent Name
EMPLOYEE	1	SURENDAR SAHANI	1

Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	الالتزامات والتفويض : 1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناءً عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدي بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على حقيقة (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبات أو التغطية كلها عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع. 4. عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة.
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Entity's stamp Employee Signature SAHANI	Date التاريخ 2023/11/14
------------------------------------------------	-------------------------------

- (1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) شهراً.
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح طبي للمواليد الجدد عند انضمامهم على وثيقة التأمين الصحي السارية.
- (3) في حال الحاجة لاضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد.
- (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له.

نموذج الإفصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك و أفراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة	
Addition <input type="checkbox"/> (2) إضافة	New <input checked="" type="checkbox"/> جديد	Type (1)	
Policy No/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :		Entity Name : Al salam	
Mobile No : 552733743		Employee Name : SHARFY AWAD ALI SHARFY	
ID Number 2329036426		رقم الهوية	
Gender : 1	Nationality : 207	Marital Status	الحالة الاجتماعية:
Please declare any of below cases by marking 'v' under the word (yes) :		لا No	نعم Yes
1 Any hospital admission during last 12 months?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PD deficiency, sycstic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	اللائحة الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)			
اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height
الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	العلاقة Relation	الجنس Gender
اسم الموظف / أفراد العائلة Employees/Dependent Name	م	SHARFY AWAD ALI SHARFY	1

Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	الالتزامات والتعهدات : 1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبات أو التعويضات كليا عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع. 4. عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة.
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Entity's stamp مؤسسة عناية السعودية شركة عناية السعودية للمقاولات العامة 1010095926	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------	-------------------------------

- (1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج إفصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر.
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للمواليد الجدد عند انضمامهم على وثيقة التأمين الصحي السارية.
- (3) في حال الحاجة لإضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد.
- (4) عدم تعبئة بيانات العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له.

نموذج الإفصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مفاد الوثيقة الموحدة	
Addition <input type="checkbox"/> إضافة (2) PolicyNo/CR : Mobile No : 582334729 ID Number : 2372672614 Gender : 1 Nationality : 321	New <input checked="" type="checkbox"/> جديد Type (1) Entity Name : Al salam Employee Name : MOHAMMAD ARIF ASLAM Marital Status <input type="checkbox"/> متزوج <input checked="" type="checkbox"/> أعزب	توقع الطلب اسم المنشأة : اسم الموظف : الحالة الاجتماعية :	
Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :		يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PD Deficiency, systemic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Yes
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)			
بيانات الموظف والفراد المعالة المراد اضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)			
م	اسم الموظف / افراد المعالة	الجنس	القرابة
م	اسم مقدم الخدمة	الحالة	رقم الجوال
م	اسم الموظف / افراد المعالة	الجنس	القرابة
م	اسم مقدم الخدمة	الحالة	رقم الجوال
1	MOHAMMAD ARIF ASLAM	1	EMPLOYEE
1	MOHAMMAD ARIF ASLAM	1	EMPLOYEE

Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	الإقرار والتفويض : 1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عليا السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على أحقية (شركة عليا السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كليا عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي تشكلت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بأنني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم الشارتي اسم أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه لو وقع 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Entity's stamp مؤسسة عليا السعودية 1610095926	Employee Signature ARIF	Date 17/11/2023
-----------------------------------------------------	----------------------------	--------------------

- (1) Upon receipt of the form, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.
- (1) عند استلام الوثيقة فإنه لا يحق لشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) شهرا
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
- (3) في حال الحاجة لاضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
- (4) عدم لزامية قيام صاحب السمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

نموذج الإفصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

<p>Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.</p>		<p>عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مزايا الوثيقة الموحدة</p>																															
<p>Addition <input type="checkbox"/> إضافة (2) New <input checked="" type="checkbox"/> جديد Type (1)</p>		<p>Entity Name : Al salam اسم المنشأة :</p>																															
<p>PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/السجل التجاري :</p>		<p>Employee Name : MOSTAFA MOHAMED IBRAHIM اسم الموظف :</p>																															
<p>Mobile No : 564552171 رقم الجوال :</p>		<p>ID Number 2372064911 رقم الهوية :</p>																															
<p>Gender : 1 جنس : Nationality : 321 الجنسية :</p>		<p>Marital Status Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب الحالة الاجتماعية :</p>																															
<p>يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أثناء وضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة - نعم -</p>																																	
<p>Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :</p>		<p>No Yes</p>																															
<p>1 Any hospital admission during last 12 months?</p>		<p>هل تم التواجد بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟</p>																															
<p>2 Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.</p>		<p>هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، القشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو تصلب متعدد.</p>																															
<p>3 Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.</p>		<p>هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر القلبي، تشظيف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقى، الوراثة</p>																															
<p>4 Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.</p>		<p>هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية</p>																															
<p>5 Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.</p>		<p>هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاق الغضروفية لل discs، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة</p>																															
<p>6 Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date</p>		<p>لأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع</p>																															
<p>Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below) بيانات الموظف و افراد العائلة المراد اضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)</p>																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>م</th> <th>اسم الموظف / افراد العائلة</th> <th>الجنس</th> <th>القرابة</th> <th>رقم الهوية</th> <th>الوزن</th> <th>الطول</th> <th>رقم الجوال</th> <th>الحالة</th> <th>اسم مقدم الخدمة</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Employees/Dependent Name</th> <th>Gender</th> <th>Relation</th> <th>ID Number</th> <th>Weight</th> <th>Height</th> <th>Mobile No.</th> <th>case</th> <th>Provider Name</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>MUSTAFA MOHAMED IBRAHIM</td> <td>1</td> <td>EMPLOYEE</td> <td>2372064911</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>564552171</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				م	اسم الموظف / افراد العائلة	الجنس	القرابة	رقم الهوية	الوزن	الطول	رقم الجوال	الحالة	اسم مقدم الخدمة		Employees/Dependent Name	Gender	Relation	ID Number	Weight	Height	Mobile No.	case	Provider Name	1	MUSTAFA MOHAMED IBRAHIM	1	EMPLOYEE	2372064911	0	0	564552171		
م	اسم الموظف / افراد العائلة	الجنس	القرابة	رقم الهوية	الوزن	الطول	رقم الجوال	الحالة	اسم مقدم الخدمة																								
	Employees/Dependent Name	Gender	Relation	ID Number	Weight	Height	Mobile No.	case	Provider Name																								
1	MUSTAFA MOHAMED IBRAHIM	1	EMPLOYEE	2372064911	0	0	564552171																										
<p>Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.</p>		<p>الالتزامات و التوقيض : 1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه قان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن لشركة (شركة رعاية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على أحقية (شركة رعاية السعودية) في رفض المطالبات أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي تلتزم قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر باني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع. 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سعودي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة</p>																															
<p>Entity's Stamp: مؤسسة رعاية سلام النخبة للخدمات الصحية العامة</p>		<p>Employee Signature (4) توقيع الموظف Date التاريخ 2024 / 1 / 14</p>																															

- (1) Upon request of the Insured, the Insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تجديد الوثيقة فلا يجوز لشركة طلب نموذج إفصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) شهر
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للمولود الجديد عند انضمامهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لإضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم لزامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له: نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك و أفراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مبالغ الوثيقة الموحدة	
Addition <input type="checkbox"/> إضافة (2) New <input checked="" type="checkbox"/> جديد Type (1)		اسم المنشأة: Al salam اسم الموظف: HASHEM QAID GHANEM رقم الهوية: 320 الحالة الاجتماعية: <input checked="" type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> Married	
PolicyNo/CR : 538635792 Mobile No : 2375734155 ID Number		رقم الوثيقة السجل التجاري : 2375734155 رقم الجوال: 538635792	
Gender : 1 Nationality : 320		الجنس: 1 الجنسية: 320	
Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :		يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1 Any hospital admission during last 12 months?		هل تم التنويم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟	
2 Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.		هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات الممسك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو للتصلب المتعدد.	
3 Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, auher's disease, G6PD deficiency, systic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.		هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأضلاع التلالسية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر اللوني، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي للوراثة.	
4 Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.		هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بياض، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	
5 Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.		هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاق الغضروفية للربك، التهاب المفاصل، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	
6 Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date		للإختار الحامل فقط: حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)			
بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد اضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)			
م	اسم الموظف / أفراد العائلة	الجنس	العلاقة
م	اسم مقدم الخدمة	الحالة	اسم مقدم الخدمة
1	HASHEM QAID GHANEM	1	EMPLOYEE
	538635792	0	0
	2375734155		
الإقرار والتعهد :			
Undertakings:			
1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.			
1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عالية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على أحقية (شركة عالية السعودية) في رفض المطالبات أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه، والتي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بالي قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتأكد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع. 4. عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة.			
Entity's stamp مؤسسة سلامة النخبة مؤسسة سلامة النخبة مؤسسة سلامة النخبة		Employee Signature (4) توقيع الموظف ١٧ / ١٢ / ٢٠٢١	
(1) Upon renewal of policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months. (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy. (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled. (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.			

نموذج الإفصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بملء هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مزايا الوثيقة الموحدة							
Addition <input type="checkbox"/> (2) إضافة	New <input checked="" type="checkbox"/> جديد	Type (1) نوع الطلب							
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/الرجل التجري :		Entity Name : Al salam اسم المنشأة :							
Mobile No : 562872582 رقم الجوال :		Employee Name : MOHAMED ABDELWAHAB اسم الموظف :							
ID Number 2306464534		رقم الهوية							
Gender : 1		Nationality : 313 الجنسية :							
Marital Status Married <input type="checkbox"/> متزوج		Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب							
يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة - نعم -									
Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :		No	Yes						
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض التالية فقط : الحمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع						
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)									
بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد إضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)									
م	اسم مقدم الخدمة	الحالة	رقم الجوال	الطول	الوزن	رقم الهوية	العلاقة	الجنس	اسم الموظف / أفراد العائلة
	Provider Name	case	Mobile No.	Height	Weight	ID Number	Relation	Gender	Employees/Dependent Name
1			562872582	0	0	2306464534	EMPLOYEE	1	MOHAMED ABDELWAHAB

Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	الالتزامات والتفويض : 1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تتعامل معها لجمع أي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بأنني قد قرأت وافهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع. 4. عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة.
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Entity's stamp شركة عناية للمقاولات العامة	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ
--------------------------------------------------	----------------------------------------	-----------------

- (1) Upon renewal of the policy, the Insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : تأمل قبلكم بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و أفراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة	
Addition <input type="checkbox"/> إضافة (2) New <input checked="" type="checkbox"/> جديد Type (1)		اسم المنشأة : Al salam	
PolicyNo/CR : 570314846		اسم الموظف : MOHAMMAD TABREZ KHAN	
Mobile No : 570314846		رقم الهوية : 2354537900	
ID Number		الحالة الاجتماعية : <input checked="" type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/>	
Gender : 1		Marital Status <input type="checkbox"/> Married <input checked="" type="checkbox"/> Single	
Nationality : 321		الجنس : 1	
Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :			
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, auher's disease, G6PD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

م	اسم الموظف / أفراد العائلة	الجنس	القرابة	رقم الهوية	الوزن	الطول	رقم الجوال	الحالة	اسم مقدم الخدمة
	Employees/Dependent Name	Gender	Relation	ID Number	Weight	Height	Mobile No.	case	Provider Name
1	MOHAMMAD TABREZ KHAN	1	EMPLOYEE	2354537900	0	0	570314846		

Undertakings:

- I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
- I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الالتزامات والتعهدات :

- أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أسس هذه البيانات وأن الشركة (شركة رعاية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.
- أوافق على أحقية (شركة رعاية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي تشكل قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو انشائه مؤمناً له خلال فترة سريان العقد.
- أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع.
- عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة.

Entity's stamp مؤسسة رعاية سلام النخبة المؤسسة العامة	Employee Signature (4) توقيع الموظف TABREZ	Date التاريخ ٢٠٢١ / ١٤ / ١٤
------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------	------------------------------------------

- Upon removal of the policy, the Insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة قلته لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مدته 11 شهراً

(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح طبي للمولود الجديد عند اضافته على وثيقة التأمين الصحي السارية



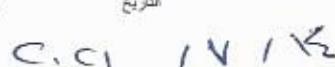
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد

(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له

نموذج الإفصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : تأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية المطلوبة بالشكل المطلوب حسب نطاق الوثيقة الموحدة	
Addition <input type="checkbox"/> إضافة (2) New <input checked="" type="checkbox"/> جديد Type (1)		اسم المنشأة : Al salam اسم الموظف : MOHAMMAD AADIL ABDULLAH	
PolicyNo/CR : 594297265 Mobile No : 594297265		رقم الوثيقة السجل التجاري : 2315095055 Employee Name : MOHAMMAD AADIL ABDULLAH	
ID Number 2315095055		الحالة الاجتماعية : <input checked="" type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> متزوج	
Gender : 1 Nationality : 321		Marital Status <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Single <input checked="" type="checkbox"/>	
Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :		يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أثناء بوضع إشارة √ في المربع تحت كلمة " نعم " .	
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hemlas, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
Employee and dependents details that need to be added (in case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)			
م	اسم الموظف / فرد العائلة	الجنس	العلاقة
1	MOHAMMAD AADIL ABDULLAH	1	EMPLOYEE
م	اسم مقدم الخدمة	الحالة	رقم الجوال
1	Provider Name	case	Mobile No.
1	594297265	0	0

الالتزامات والتعهدات : Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.		1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على أممية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه لفتي شاك قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي لعلم أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع 4. عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة	
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Entity's stamp	Employee Signature	Date
		

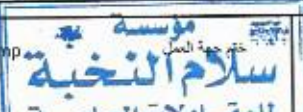
- (1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق لشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مدخى عليه (11) أشهر
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح الطبي للمواليد الجدد عند استلامهم على وثيقة التأمين الصحي السابقة
- (3) في حال الحاجة لإضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
- (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له

نموذج الإفصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : تأمل قيامك بملءة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مبالغ الوثيقة الموحدة							
نوع الطلب (1) Addition <input type="checkbox"/> إضافة (2) New <input checked="" type="checkbox"/> جديد		Type							
PolicyNo/CR :		Entity Name : Al salam							
Mobile No : 576379780		Employee Name : MOHAMED BILAL MEERAMYDEEN							
ID Number		رقم الهوية							
Gender : 1		Marital Status Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب							
Nationality : 900		جنسية:							
Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :									
1	Any hospital admission during last 12 months?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>						
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	Yes <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>						
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, auher's disease, G6PDD deficiency, systic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	Yes <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>						
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	Yes <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>						
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	Yes <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>						
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	للإشارة: الحمل فقط: حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع						
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)									
م	اسم الموظف / أفراد العائلة	الجنس	القرابة	رقم الهوية	الوزن	الطول	رقم الجوال	الحالة	اسم مقدم الخدمة
1	MOHAMED BILAL MEERAMYDEEN	1	EMPLOYEE	2315437687	0	0	576379780	case	Provider Name

Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	الالتزامات و التقررات : 1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بأنني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------


Entity's stamp 	Employee Signature (4) توقيع الموظف BILAL	Date التاريخ ٢٠٢٤ / ١١ / ٢٤
-------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------	-----------------------------------

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج إفصاح لأي مؤمن له مسمى عليه (11) أشهر
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للمواليد الجدد عند انصاتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
- (3) في حال الحاجة لأضافة المؤمن أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
- (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له
- (1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

نموذج الإفصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و أفراد أسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مزايا الوثيقة الموحدة							
نوع الطلب (1) Addition <input type="checkbox"/> إضافة (2) New <input checked="" type="checkbox"/> جديد		Type							
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :		Entity Name : Al salam							
Mobile No : 577360274		Employee Name : HIM BAHADUR KHADKA							
ID Number 2375418619		رقم الهوية							
Gender : 1		Marital Status Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب							
Nationality : 207		الجنسية							
Please declare any of below cases by marking 'v' under the word (yes) :									
1	Any hospital admission during last 12 months?	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>						
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>						
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PDD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>						
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>						
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>						
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>						
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)									
م	اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف / أفراد العائلة Employees/Dependent Name
1			577360274	0	0	2375418619	EMPLOYEE	1	HIM BAHADUR KHADKA

Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.		الإقرار والتعهد : 1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على الحق (شركة عناية السعودية) في رفض السلبية أو التغطية كليا عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي تشكل قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بأنني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي لأم أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع. 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة	
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Entity's stamp 	Employee Signature HIM	Date 17/11/2019
-------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------	--------------------

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له سبني عليه (11) شهرا
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب إفصاح طبي للموالمند الجدد عند استأنفهم على وثيقة التأمين الصحي السابقة
- (3) في حال الحاجة لأمنعة تأمين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
- (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له
- (1) Upon renewal of the policy the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

نموذج الإفصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مبالغ الوثيقة الموحدة							
Addition <input type="checkbox"/> (2) إضافة New <input checked="" type="checkbox"/> جديد Type (1)		اسم المنشأة : Al salam اسم الموظف : SATHANANTHAM KATHIRKAMAPODY							
PolicyNo/CR : Mobile No : 591460776		رقم الوثيقة/ السجل التجاري : رقم الجوال : 2372971990							
ID Number 2372971990		رقم الهوية							
Gender : 1 Nationality : 900		الحالة الاجتماعية : <input checked="" type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> متزوج							
Marital Status <input checked="" type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Single		الجنسية							
Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :									
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	هل تم التوثيم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟						
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، القشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو للتصلب المتعدد.						
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PDD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المتعادلة، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشير، مرض التكسر القولي، التليف الكيسي، هيموفروماتوزيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.						
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: المياه البيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.						
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاق الغضروفي الديسك، التهاب المفاصل، التهاب المفاصل، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.						
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع						
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)									
بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد إضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)									
م	اسم الموظف / أفراد العائلة	الجنس	القرابة	رقم الهوية	الوزن	الطول	رقم الجوال	الحالة	اسم مقدم الخدمة
	Employees/Dependent Name	Gender	Relation	ID Number	Weight	Height	Mobile No.	case	Provider Name
1	SATHANANTHAM KATHIRKAMAPODY	1	EMPLOYEE	2372971990	0	0	591460776		

Under takings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.		الإقرار والتعهد : 1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة إنعاشية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لجمع أي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على لحقية (شركة إنعاشية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بالي قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع. 4. عدم تعبئة بيانات الوزن والارتفاع سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة.	
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Entity's stamp مؤسسة إنعاشية سلاام النخبة للتأمين على الحياة	Employee Signature (4) توقيع الموظف SATHANANTHAM	Date التاريخ ٢٠٢١ / ١٢ / ١٤
-----------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------	-----------------------------------

- (1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج إفصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) شهراً
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح طبي للمولود الجدد عند إضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السابقة
- (3) في حال الحاجة لإضافة تابعين أكثر، يتم تعبئة نموذج جديد
- (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له: نأمل قيامك بملئ هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولتضمن حصولك و أفراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مفاتيح الوثيقة الموحدة							
Addition <input type="checkbox"/> (2) إضافة	New <input checked="" type="checkbox"/> جديد	Type (1)							
PolicyNo/CR :		Entity Name : Al salam							
Mobile No : 571056769		Employee Name : MURLI RAJBHAR BARSATU							
ID Number		2378139527							
Gender : 1		Marital Status Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب							
Nationality : 204		الحالة الاجتماعية:							
Please declare any of below cases by marking 'v' under the word (yes) :									
1	Any hospital admission during last 12 months?	لا No	نعم Yes						
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)									
م	اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القراءة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف / أفراد العائلة Employees/Dependent Name
1			571056769	0	0	2378139527	EMPLOYEE	1	MURLI RAJBHAR BARSATU

Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	الإقرار والتوقيع: 1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أسس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كليا عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي تشكلت قبل تاريخ انعقاد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بأنني قد قرأت وافهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أؤكد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة إني وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع. 4. عدم تهيئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Entity's stamp: ختم شركة التأمين للمقاولات العامة 1010095926	Employee Signature (4) توقيع الموظف MURLI	Date التاريخ 20/11/2023
------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------	--------------------------------------

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج إفصاح لأي مؤمن له بمضى عليه (11) أشهر.
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للموالد الجدد عند إضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية.
- (3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تهيئة نموذج جديد.
- (4) عدم نظمية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له.

نموذج الإفصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : تأمل قبلك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك و أفراد أسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مزايا الوثيقة الموحدة	
Addition <input type="checkbox"/> إضافة (2) New <input checked="" type="checkbox"/> جديد	Type (1)		
PolicyNo/CR : 530411364	Entity Name : Al salam	اسم المنشأة :	
Mobile No : 2226937528	Employee Name : HAMDI ABDELHAKIM AKL ALI	اسم الموظف :	
ID Number	Marital Status	الحالة الاجتماعية :	
Gender : 1	Nationality : 304	الجنس :	
Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :			
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	هل تم التنويم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hemias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: الأورام الحميدة، المرطمان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفص، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المتعادلة، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضور عضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض تكسر القولون، التليف الكيسي، هيوموغروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثية.
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: المياه البيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض شبكية.
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاق الفقرية، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ناتش الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)			
م	اسم الموظف وإفراد العائلة Employees/Dependent Name	الجنس Gender	العلاقة Relation
اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الهوية ID Number	الوزن Weight
الطول Height	رقم الجوال Mobile No.	اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case
0	0	2226937528	EMPLOYEE
1	HAMDI ABDELHAKIM AKL ALI	1	530411364

Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	الالتزامات والتعهدات : 1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناءً عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على إعطية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو للتغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي لعلم أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع. 4. عدم تعبئة بيانات الوزن والطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة.
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Entity's stamp ختم جهة العمل مؤسسة سلامة النخبة للمؤسسة العامة	Employee Signature (4) توقيع الموظف	Date التاريخ ٢٠٢١ / ١٧ / ١٤
--------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------	------------------------------------------

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له محلي عليه (11) أشهر

(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للمواليد الجدد عند انضمامهم على وثيقة التأمين الصحي السارية

(3) في حال الحاجة لإضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد

(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له

(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.

(2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.

(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.

(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

عزيزي المؤمن له :
نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مناطق الوثيقة الموحدة

نوع الطلب (1)

اسم المنشأة : Al salam

اسم الموظف : SAMIULLAH KHAN BADARUJ KHAN

رقم الهوية : 2375736119

الحالة الاجتماعية : ☒ أعزب ☐ متزوج ☐ مطلق ☐ متزوج

Gender : 1 **Nationality :** 321

Marital Status : ☒ Married ☐ Single ☐ Divorced ☐ Widowed

Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :

No	Yes	No	1
1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم التبول بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟
2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفشل، أمراض المناعة الذاتية أو تصلب المتعدد.
3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، التلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، شعور العضلات الشوكي، تشوهات الأضلاع التنفسية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر القولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوزيس، مرض ويلسون، تكيس الكلى، التليف الوريثي.
4	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.
5	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاق الغضروفي، التهاب المفاصل، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل أنت حامل فقط: حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع

بيانات الموظف و افراد العائلة المرافقين لهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)	اسم الموظف لافراد العائلة	الجنس	العلاقة	رقم الهوية	الوزن	الطول	رقم الجوال	الحالة	اسم مقدم الخدمة
	Employees/Dependent Name	Gender	Relation	ID Number	Weight	Height	Mobile No.	case	Provider Name
	SAMIULLAH KHAN BADARUJ KHAN	1	EMPLOYEE	2375736119	0	0	581031242		

الالتزامات والتعهدات :

1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات للتحقق من صحة المعلومات التي تم تقديمها.

2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي تشكلت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد.

3. أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع.

4. عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحية السمنة المفرطة.

Employee Signature (4) **توقيع الموظف** **Date** **التاريخ**

Entity's Stamp **مؤسسة** **سلام النخبة** **للمقاولات العامة** **1010085826**

SAMIULLAH **20/11/2023**


- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مسمى عليه (11) أشهر.
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح طبي للمواليد الجدد عند انضمامهم على وثيقة التأمين الصحي السارية.
- (3) في حال الحاجة لاضافة تأمين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد.
- (4) عدم تعبئة نموذج الإفصاح بالموافقة بدلاً عن المؤمن له.
- (5) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (6) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (7) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (8) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

نموذج الإفصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و أفراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مبالغ الوثيقة الموحدة	
Addition <input type="checkbox"/> (2) إضافة	New <input checked="" type="checkbox"/> جديد	Type (1)	
PolicyNo/CR :		Entity Name : Al salam	
Mobile No : 571273353		Employee Name : JIUT KUMAR RAJBHAR	
ID Number		2375206139	
Gender : 1	Nationality : 304	Marital Status	Single <input checked="" type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/>
Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :		Yes	No
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)							
م	اسم الموظف / أفراد العائلة	الجنس	القرابة	رقم الهوية	الوزن	الطول	رقم الجوال
	Employees/Dependent Name	Gender	Relation	ID Number	Weight	Height	Mobile No.
1	JIUT KUMAR RAJBHAR	1	EMPLOYEE	2375206139	0	0	571273353

Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	الالتزامات و التوقيض : 1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كليا عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي تنبأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بالي قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه توقع. 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة.
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Entity's stamp 	Employee Signature (4)	Date 12/11/2024
-------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------	--------------------

- (1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) شهرا
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للموازيذ الجدد عند استأنفهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
- (3) في حال الحاجة لاضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
- (4) عدم نظامية قيام صاحب المل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

نموذج الإفصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له: تأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بشكل صحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك و أفراد أسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مزايا الوثيقة الموحدة	
Addition <input type="checkbox"/> (2) إضافة	New <input checked="" type="checkbox"/> جديد	Type (1) نوع الطلب	
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :		Entity Name : Al salam اسم المنشأة :	
Mobile No : 500842617 رقم الجوال :		Employee Name : RAJEEVAN THIRU KUNNUMMEL اسم الموظف :	
ID Number 2234508188		رقم الهوية	
Gender : 1 الجنس :	Nationality : 321 الجنسية :	Marital Status Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب	الحالة الاجتماعية:
Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :		لا No	نعم Yes
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PDD deficiency, systemic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)									
م	اسم الموظف / أفراد العائلة	الجنس	العلاقة	رقم الهوية	الطول	الوزن	رقم الجوال	الحالة	اسم مقدم الخدمة
	RAJEEVAN THIRU KUNNUMMEL	1	EMPLOYEE	2234508188	0	0	500842617	case	Provider Name

Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	التعهدات: 1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تعامل معها لجمع أي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التعطيل كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بالي قد قرأت وافهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما تعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع. 4. عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة.
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Entity's stamp ختم جهة العمل مؤسسة عناية السعودية للمقاولات العامة	Employee Signature (4) توقيع الموظف THIRU	Date التاريخ 5/11/1442
------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------	-------------------------------------

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مضي عليه (11) شهر
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح طبي للتوابع الجدد عند انضمامهم على وثيقة التأمين الصحي المبراة
- (3) في حال الحاجة لإضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
- (4) عدم تعبئة بيانات صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له

نموذج الإفصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : تأمل فريادك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولإسعاد حصولك و أفراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة							
Addition <input type="checkbox"/> إضافة (2) New <input checked="" type="checkbox"/> جديد	Type (1)	اسم المنشأة : Al salam اسم الموظف : GHASI RAM HARNATH BAIRWA							
PolicyNo/CR : Mobile No : 577202421	رقم الوثيقة/ السجل التجاري : رقم الجوال :	ID Number : 2383273196							
Gender : 1 Nationality : 321	Marital Status : Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب	الحالة الاجتماعية :							
Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :		نعم Yes	لا No						
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, sucher's disease, G6PD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	هل تم التشخيص بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط : السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفشل، أمراض المناعة الذاتية أو للتصلب المتعدد. هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المتجنبة، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض الكلى، الغداني، استسقاء الرأس، شعور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكرار الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثية. هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط : مياه بياض، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية. هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط : الإزلاق الغضروفي، ديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة. للإثبات الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع						
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)									
اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف لإفراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		577202421	0	0	2383273196	EMPLOYEE	1	GHASI RAM HARNATH BAIRWA	1

Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	الالتزامات والتعهدات : 1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناءً عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويديها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على حقيقة (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي تلتزم قبل تاريخ التمسك أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بأنني قد قرأت وافهمته جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يشير بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع. 4. عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة.
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Employee's Stamp ختم جهة العمل مؤسسه سلام النخبة المقاولات العامة 1010095076	Employee Signature توقيع الموظف GHASI	Date التاريخ 20/01/2024
---------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------	-------------------------------

- (1) عند تجديد الوثيقة فله لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مدني عليه (11) شهر
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للمؤمن له الجدد عند انضمامهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
- (3) في حال الحاجة لامتداد التأمين لأكثر من 11 شهر يتم تعبئة نموذج جديد
- (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له

نموذج الإفصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : تأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مبالغ الوثيقة الموحدة	
Addition <input type="checkbox"/> (2) إضافة	New <input checked="" type="checkbox"/> جديد	Type (1)	
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :		Entity Name : Al salam	
Mobile No : 532898831 رقم الجوال:		Employee Name : ROBAL AHMOD SANORA BAGOM	
ID Number 2309145833		رقم الهوية	
Gender : 1		Marital Status Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب	
Nationality : 321		الجنسية:	
Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :			
1	Any hospital admission during last 12 months?	نعم <input type="checkbox"/> لا <input checked="" type="checkbox"/>	هل تم التتويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	نعم <input type="checkbox"/> لا <input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفشل، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PDD deficiency, systic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	نعم <input type="checkbox"/> لا <input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المتعادلة، التلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الترومبوسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الغولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكلى، الخلق الوراثي.
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	نعم <input type="checkbox"/> لا <input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: المياه البيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	نعم <input type="checkbox"/> لا <input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاق الغضروفي الديسك، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	لاكثر الحمل فقط : حمل حالي وجنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)			
م	اسم الموظف لإفراد العائلة Employees/Dependent Name	الجنس Gender	الترابطة Relation
اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الوزن Weight
الطول Height	رقم الهوية ID Number	Employee	1
532898831	2309145833	ROBAL AHMOD SANORA BAGOM	1

Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	الالتزامات والتفويض : 1. أقر أن البيانات والمعلومات المتكورة أعلاه كاملة وصحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة رعاية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدي بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على أحقية (شركة رعاية السعودية) في رفض المطالبة أو التعويض كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي تشكلت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بأنني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم التوقيع أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه لوقع 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Entity's stamp مؤسسه سلام النخبة للتأمينات العامة 1010095976	Employee Signature (4) توقيع الموظف BAGOM	Date التاريخ 2021/11/14
---------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------	--------------------------------------

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له معني عليه (11) شهر
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح طبي للتوابع الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين السمي السابقة
- (3) في حال الحاجة لأضافة تأمين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
- (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له

نموذج الإفصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : لئلا قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مبالغ الوثيقة الموحدة	
Addition <input type="checkbox"/> إضافة (2) New <input checked="" type="checkbox"/> جديد	Type (1)		
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :		Entity Name : Al salam	
Mobile No : 508109549 رقم الجوال :		Employee Name : ALI ABDULMUGHNI ALSHAWAFI	
ID Number 2375305501		رقم الهوية	
Gender : 1 Nationality : 321		Marital Status Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب	
Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :		يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)			
بيانات الموظف و افراد العائلة المراد اضافتهم 3 (في حالة الاجابة بنعم اعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)			
م	اسم الموظف / افراد العائلة	الجنس	القرابة
	Employees/Dependent Name	Gender	Relation
1	ALI ABDULMUGHNI ALSHAWAFI	1	EMPLOYEE
	اسم مقدم الخدمة	الحالة	رقم الجوال
	Provider Name	case	Mobile No.
			508109549
		الوزن	الطول
		Weight	Height
		0	0
		ID Number	2375305501

Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	الالتزامات : 1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كليا عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بأنني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه لوقع. 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة.
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Entity's stamp	Employee Signature	Date
ختم المؤسسة سلام النخبة 508109549	توقيع الموظف (4)	التاريخ ٢٠٢١ / ١١ / ١٤

- (1) Upon renewal of the policy, the insured shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
 (2) The insured is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
 (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
 (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مدسى عليه (11) أشهر

(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح طبي للمواليد الجدد عند انضمامهم على وثيقة التأمين الصحية السارية

(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد

(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

Dear Insured: Please fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بشكل صحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة	
نوع الطلب (1) Addition <input type="checkbox"/> إضافة (2) New <input checked="" type="checkbox"/> جديد		اسم المنشأة : Entity Name : Al salam	
رقم الوثيقة/ السجل التجاري : Policy No / CR :		اسم الموظف : Employee Name : IBRAHIM MIA MD IDRIS	
رقم الجوال : Mobile No : 508252950		رقم الهوية : ID Number : 2315383618	
الحالة الاجتماعية : Gender : 1 Nationality : 304		Status : Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب	
يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة - نعم - Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :		لا No نعم Yes	
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, auher's disease, G6PD deficiency, systic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد إضافتهم
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

م	اسم الموظف / أفراد العائلة	الجنس	القرابة	رقم الهوية	الوزن	الطول	رقم الجوال	الحالة	اسم مقدم الخدمة
	Employees/Dependent Name	Gender	Relation	ID Number	Weight	Height	Mobile No.	case	Provider Name
1	IBRAHIM MIA MD IDRIS	1	EMPLOYEE	2315383618	0	0	508252950		

Undertakings:

- I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
- I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الإقرار والتكليف :

- أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.
- أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي تشكلت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد.
- أقر بأنني قد قرأت وافهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه لوقع.
- عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة.

Entity's stamp مؤسسه عناية ختم جهة العمل سلام النخبة مؤسسة عامة	Employee Signature (4) توقيع الموظف MIA	Date التاريخ 9/9/1436
-----------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------	-----------------------------

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مسمى عليه (11) لشهر

(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح طبي للمولود الجدد عند إبرامه على وثيقة التأمين الصحي السارية

(3) في حال الحاجة لإضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد

(4) عدم تعبئة بيانات العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له

- Upon 10410095928, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : تأمل فيناك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك و أفراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية المطلوبة بالشكل المطلوب حسب مبالغ الوثيقة الموحدة	
Addition <input type="checkbox"/> إضافة (2) New <input checked="" type="checkbox"/> جديد	Type (1)	اسم المنشأة : Al salam اسم الموظف : SALMAN MUHAMMAD SHAFIQUE	
PolicyNo/CR : Mobile No : 593502534	رقم الوثيقة/السجل التجاري : رقم الجوال : 2370328151	Entity Name : Al salam Employee Name : SALMAN MUHAMMAD SHAFIQUE	
ID Number	2370328151	رقم الهوية	
Gender : 1 Nationality : 321	Marital Status <input checked="" type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> أعزب	الحالة الاجتماعية :	
Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :		يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1 Any hospital admission during last 12 months?	Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	هل تم التتويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	
2 Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hemias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد، الفيروس سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفلج، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	
3 Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الغلايا العنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشير، مرض تكسر الكولاي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثية.	
4 Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	
5 Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاق الغضروفي، الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة	
6 Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	للأخص الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)			
بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد إضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)			
م	اسم الموظف /أفراد العائلة	الجنس	العلاقة
اسم مقدم الخدمة	الحالة	رقم الجوال	الوزن
Provider Name	case	Mobile No.	Weight
2370328151	0	0	0
1	SALMAN MUHAMMAD SHAFIQUE	1	EMPLOYEE

Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	الالتزامات : 1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول المطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض التغطية أو التغطية كليا عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بأنني قد قرأت وافهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه لوقع. 4. عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Entry's Stamp مؤسسة سلام النخبة إدارة شؤون العامة	Employee Signature (4) توقيع الموظف SHAFIQUE	Date التاريخ 2021/11/15
-------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------	--------------------------------------

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق لشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) شهر.
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح مطلق للمواليد الجدد عند انضمامهم على وثيقة التأمين الصحي السارية.
- (3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد.
- (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له.

نموذج الإفصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured:

Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له :
نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب نطاق الوثيقة الموحدة

Addition <input type="checkbox"/> (2) إضافة	New <input checked="" type="checkbox"/> جديد	Type	نوع الطلب (1)
Policy No / CR : 599614838	رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	Entity Name : Al salam	اسم المنشأة :
Mobile No : 2377413667	رقم الجوال :	Employee Name : ABDULLAH ABDULKAREEM MOHSEN	اسم الموظف :
ID Number : 321	Nationality : 321	Marital Status : Married <input type="checkbox"/> Single <input checked="" type="checkbox"/>	الحالة الاجتماعية : أعزب <input checked="" type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/>
Gender : 1	جنس :	Married <input type="checkbox"/> Single <input checked="" type="checkbox"/>	الحالة الاجتماعية : أعزب <input checked="" type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/>
Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :			
1	Any hospital admission during last 12 months?	هل تم التحويل بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hemias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الحصى الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفلج، أمراض المناعة الذاتية أو تصلب متعدد.	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, eucher's disease, G6PD deficiency, systemic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : التشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المتعادلة، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الغولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوزيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثية.	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: المياه البيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاق الغضروفي الديك، التهاب المفاصل الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	للأنثى الحامل فقط: حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع	6

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف واطراف العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

م	اسم الموظف / أفراد العائلة	الجنس	القرابة	رقم الهوية	الوزن	الطول	رقم الجوال	الحالة	اسم مقدم الخدمة
	Employees/Dependent Name	Gender	Relation	ID Number	Weight	Height	Mobile No.	case	Provider Name
1	ABDULLAH ABDULKAREEM MOISEN	1	EMPLOYEE	2377413667	0	0	599614838		

Undertakings:

- I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
- I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الافعال والتعهدات :

- أقر ان البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بدم عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و ان لشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.
- أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التعويض كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد.
- أقر بالي قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع.
- عدم تعبئة بيانات الوزن و الطول و الارتفاع سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحية السمنة المفرطة.

Entity's stamp	Employee Signature	Date
مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة	(4)	التاريخ

- Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق لشركة طلب نموذج إفصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) شهراً.
- لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للتوالميد للجنود عند استضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية.
- في حال الحاجة لأضافة تأمين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد.
- عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له.

نموذج الإفصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بملءة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مبالغ الوثيقة الموحدة	
Addition <input type="checkbox"/> (2) إضافة New <input checked="" type="checkbox"/> جديد	Type (1)	اسم المنشأة : Al salam اسم الموظف : TOFAZZAL HOSSAIN A KUDDUS	
PolicyNo/CR : Mobile No : 573319670	رقم الوثيقة/ السجل التجاري : رقم الجوال : 2306829587	Entity Name : Employee Name :	
ID Number	2306829587	رقم الهوية : الحالة الاجتماعية : أعزب <input checked="" type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/>	
Gender : 1	Nationality : 321	Marital Status : Married <input type="checkbox"/> Single <input checked="" type="checkbox"/>	
يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة - نعم - Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :			
1	Any hospital admission during last 12 months?	لا <input checked="" type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	هل تم التتويم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hemias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	لا <input checked="" type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفشل، أمراض المناعة الذاتية أو تصلب متعدد.
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophillia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PD Deficiency, systic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	لا <input checked="" type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض تكسر الغلوتين، التليف الكيسي، هيموفروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكلى، الخلقية الوراثية.
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	لا <input checked="" type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	لا <input checked="" type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاق الفصروفي الديسك، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	لا <input type="checkbox"/> حمل حالي جنين واحد <input type="checkbox"/> حمل حالي مع قيصرية سابقة <input type="checkbox"/> حمل حالي متعدد الأجنة <input type="checkbox"/> تاريخ الولادة المتوقع <input type="checkbox"/>	للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)									
بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد إضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)									
م	اسم الموظف / أفراد العائلة	الجنس	القرابة	رقم الهوية	الوزن	الطول	رقم الجوال	الحالة	اسم مقدم الخدمة
	Employees/Dependent Name	Gender	Relation	ID Number	Weight	Height	Mobile No.	case	Provider Name
1	TOFAZZAL HOSSAIN A KUDDUS	1	EMPLOYEE	2306829587	0	0	573319670		

Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	الالتزامات والتعهدات : 1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء على ذلك فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تعامل معها لجمع أي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على حقيقة (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التعطلة كليا عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي اسم أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع. 4. عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة.
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Entity's stamp ختم جهة المؤسسة سلام النخبة	Employee Signature (4) توقيع الموظف KUDDUS	Date التاريخ 2023/11/16
--------------------------------------------------	--------------------------------------------------	-------------------------------

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له معنى عليه (11) أشهر.
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح طبي للموحد الجديد عند إضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السابقة.
- (3) في حال الحاجة لاشارة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد.
- (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له.

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب ملاحق الوثيقة الموحدة	
Addition <input type="checkbox"/> (2) إضافة	New <input checked="" type="checkbox"/> جديد	Type (1)	
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/السجل التجاري :		Entity Name : Al salam	
Mobile No : 542204418 رقم الجوال :		Employee Name : NAWAF AYAD NAHAR ALHARBI	
ID Number 1080138843		رقم الهوية	
Gender : 1	Nationality : 305	Marital Status	الحالة الاجتماعية :
Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :		Yes	No
1 Any hospital admission during last 12 months?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2 Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3 Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, auher's disease, G6PD deficiency, systic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4 Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5 Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6 Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)			
اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height
الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	العلاقة Relation	الجنس Gender
اسم الموظف / أفراد العائلة Employees/Dependent Name	م	بيانات الموظف وأفراد العائلة المضافة لهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)	اسم الموظف / أفراد العائلة Employees/Dependent Name
542204418	0	0	1080138843
542204418	0	0	1195879091
542204418	0	0	1075680668
542204418	0	0	1171184128
القرارات والتفويضات :			
1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.			
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كلية عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه والتي تشكل قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد.			
3. أقر بأن قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه لوقع.			
4. عدم نسبة بيانات الطول و الوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة.			
Entity's stamp	Employee Signature	Date	التاريخ
(4)	(4)	٢٠٢١ / ١٧ / ١٤	٢٠٢١ / ١٧ / ١٤

- (1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج إفصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) شهراً.
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للمولود الجديد عند إضافته على وثيقة التأمين الصحي السارية.
- (3) في حال الحاجة لإضافة لأمين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد.
- (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له.

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك و أفراد أسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مزايا الوثيقة الموحدة	
نوع الطلب (1) Addition <input type="checkbox"/> إضافة (2) <input checked="" type="checkbox"/> New <input checked="" type="checkbox"/> جديد		Entity Name : Al salam Employee Name : MOHAMMED MUSHABBAB ALSHEHRI	
PolicyNo/CR : Mobile No : 504553765		رقم الوثيقة/السجل التجاري : رقم الجوال : 1015706904	
ID Number 1015706904		الحالة الاجتماعية : Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزاب Married <input type="checkbox"/> متزوج	
Gender : 1 Nationality : 305		Marital Status : Married <input type="checkbox"/> متزوج	
Please declare any of below cases by marking 'v' under the word (yes) :			
1	Any hospital admission during last 12 months?	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, auher's disease, G6PD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد إضافتهم (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

م	اسم الموظف /أفراد العائلة	الجنس	القرابة	رقم الهوية	الوزن	الطول	رقم الجوال	الحالة	اسم مقدم الخدمة
	Employees/Dependent Name	Gender	Relation	ID Number	Weight	Height	Mobile No.	case	Provider Name
1	MOHAMMED MUSHABBAB ALSHEHRI	1	EMPLOYEE	1015706904	0	0	504553765		
2	QIBLAH DHAFA AWWADH ALSHEHRI	2	WIFE	1018410728	0	0	504553765		
3	RAYD MOHAMMED ALSHEHRI	1	SON	1148165861	0	0	504553765		
4	ABDULLAH MOHAMMED ALSHEHRI	1	SON	1132849686	0	0	504553765		
5	ABDULRAHMAN ALSHEHRI	1	SON	1123711135	0	0	504553765		
6	JUMANAH MOHAMMED ALSHEHRI	2	DAUGHTER	1176940417	0	0	504553765		

Undertakings:

- I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
- I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الالتزامات والتعهدات :

- أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.
- أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد.
- أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتخذ بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع.
- عدم تعبئة بيانات الوزن والطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة.

Entity's stamp	Employee Signature	Date
مؤسسة عناية السعودية سلام النخبة للخدمات العامة	(4)	17/11/2024

- Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج إفصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) شهراً.
- لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح الطبي للمولود الجديد عند إضافته على وثيقة التأمين الصحي.

- في حال الحاجة لإضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد.
- عدم تعبئة بيانات صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له.

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.				عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بملئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مبالغ الوثيقة الموحدة			
Addition <input type="checkbox"/> (2) إضافة		New <input checked="" type="checkbox"/> جديد		Type		(1) نوع القطب	
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/السجل التجاري :				Entity Name : Al salam			
Mobile No : 547346639 رقم الجوال:				Employee Name : OTHMAN ABDULALIM QINDIL			
ID Number 2061854846				رقم الهوية			
Gender : 1		Nationality : 204		Marital Status		الحالة الاجتماعية:	
Gender : 1		Nationality : 204		Married <input type="checkbox"/> متزوج		Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب	
Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :				أرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -			
1 Any hospital admission during last 12 months?				هل تم التثويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟			
2 Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.				هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، للتكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو تصلب المتعدد.			
3 Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassaemia, hemophilla, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PD deficiency, systic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.				هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المتجمعة، التلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر القلوي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثية.			
4 Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.				هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بوضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.			
5 Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.				هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.			
6 Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date				للأنثى الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع			
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)							
بيانات الموظف و افراد العائلة اضافتهم 3 (في حالة الإجابة بتم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)							
اسم مقدم الخدمة Provider Name		الحالة case		رقم الجوال Mobile No.		الطول Height	
الوزن Weight		رقم الهوية ID Number		العلاقة Relation		الجنس Gender	
اسم الموظف / افراد العائلة Employees/Dependent Name		1		1		1	
1		1		1		1	
الالتزامات والتفويضات :							
Undertakings:							
1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).							
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.							
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.							
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.							
1. أقر أن لبيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و إن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر							
2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التلحاق أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد							
3. أقر بالي قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع							
4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة							
Entity's stamp		Employee Signature		Date		التاريخ	
موقع الشركة		موقع الموظف		2023/09/26		2023/09/26	
سلام النخبة		سلام النخبة		2023/09/26		2023/09/26	
(1) Upon renewal of the policy, the insured shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.							
(2) The insured is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.							
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.							
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.							

نموذج الإفصاح الطبي الموحد Unified Medical declaration form

<p>Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.</p>		<p>نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مزايا الوثيقة الموحدة</p>	
<p>نوع الطلب (1)</p>		<p>اسم المنشأة :</p>	
<p>Addition <input type="checkbox"/> (2) إضافة</p>		<p>Entity Name : Al salam</p>	
<p>PolicyNo/CR :</p>		<p>Employee Name : MAHMOUD HASSAN SAYED ALY</p>	
<p>Mobile No : 506910609</p>		<p>رقم الهوية</p>	
<p>ID Number</p>		<p>2228067027</p>	
<p>Gender : 1</p>		<p>Marital Status Married <input type="checkbox"/> Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب</p>	
<p>Nationality : 321</p>		<p>الجنسية</p>	
<p>Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :</p>			
1	Any hospital admission during last 12 months?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to : Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	Yes <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to : Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, auher's disease, G6PD deficiency, systic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	Yes <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to : Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	Yes <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to : Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	Yes <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<p>هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء كبد، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأضلاع التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوش، مرض التكسر القلبي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكيتين الخللي الوراثي</p>	
<p>بيانات الموظف والفراد العائلة المراد اضافتهم 3 (في حالة الاجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)</p>			
م	اسم الموظف / أفراد العائلة	الجنس	الترابطة
1	MAHMOUD HASSAN SAYED ALY	1	EMPLOYEE
2	رقم الهوية	الوزن	الطول
3	2228067027	0	0
4	اسم مقدم الخدمة	الحالة	رقم الجوال
5	Provider Name	case	Mobile No.
6	506910609	0	0
<p>الالتزامات والتعهدات :</p>			
<p>1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعلم معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.</p>			
<p>2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي تشكلت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد.</p>			
<p>3. أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم الشرائي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع.</p>			
<p>4. عدم تغطية بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحية السمنة المفرطة.</p>			
<p>Entity's stamp</p>		<p>Employee Signature (4)</p>	
<p>20093926</p>		<p>Date التاريخ</p>	
<p>20093926</p>		<p>20093926</p>	
<p>(1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 12 months.</p>			
<p>(2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.</p>			
<p>(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.</p>			
<p>(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.</p>			

Dear Insured:
Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له :
نأمل قيامك بملئ هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مزايا الوثيقة الموحدة

Addition ☐ (2) إضافة **New** ☒ جديد **Type** (1) نوع الطب

PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري : **Entity Name :** Al salam اسم المنشأة :
Mobile No : 595878514 رقم الجوال : **Employee Name :** ABDULHADI ALI MOHAMMED SAIF اسم الموظف :
ID Number 2384566598 رقم الهوية :
Gender : 1 الجنس : **Nationality :** 321 الجنسية : **Marital Status** ☐ Married متزوج ☒ Single أعزب **الحالة الاجتماعية :**

Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :

No	Yes	No	البيان
1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم التزويج بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟
2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: الأورام الحميدة ، السورطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة ، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكتيسات، ورم ليفي بالرحم، الفشل، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.
3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجنية، التلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الترومبوسومات، مرض غوش، مرض التكسر القولي، التليف الكيسي ،هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثية
4	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: المياه البيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية
5	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاق القضيروفي الديسك ،انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	للأنثى الحامل فقط : حمل خالي جنين واحد حمل خالي مع قيصرية سابقة حمل خالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف و افراد العائلة المراد اضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

م	اسم الموظف / افراد العائلة	الجنس	القرابة	رقم الهوية	الوزن	الطول	رقم الجوال	الحالة	اسم مقدم الخدمة
	Employees/Dependent Name	Gender	Relation	ID Number	Weight	Height	Mobile No.	case	Provider Name
1	ABDULHADI ALI MOHAMMED SAIF	1	EMPLOYEE	2384566598	0	0	595878514	0	

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).

2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.

3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.

4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الالتزامات :

1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر

2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كليا عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد

3. أقر بلي قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع

4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة

Entity's stamp **مؤسسة** **سلام النخبة** **للمقاولات العامة** **ب.ت. 1010095926**

Employee Signature (4) **توقيع الموظف** **Date** **التاريخ** **٢٠٢١ / ١٢ / ١٤**

- (1) عند تجديد الوثيقة فله لا يحق للشركة طلب نموذج إفصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) شهرا
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للموالميد البند عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السابقة
- (3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
- (4) عدم تغطية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

نموذج الإفصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة							
Addition <input type="checkbox"/> إضافة (2) New <input checked="" type="checkbox"/> جديد		Type (1)							
PolicyNo/CR : Mobile No : 538156509		Entity Name : Al salam Employee Name : ABDULRAHMAN SAEED ALOMAQI							
ID Number : 2338651421		رقم الهوية							
Gender : 1 Nationality : 321		Marital Status Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب							
يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة - نعم -									
Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :		هل تم التتويج بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟							
1 Any hospital admission during last 12 months?		Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>							
2 Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.		Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>							
3 Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, such as disease, G6PD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.		Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>							
4 Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.		Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>							
5 Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.		Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>							
6 Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date		لا شيء <input type="checkbox"/> حمل حالي جنين واحد <input type="checkbox"/> حمل حالي مع قيصرية سابقة <input type="checkbox"/> حمل حالي متعدد الأجنة <input type="checkbox"/> تاريخ الولادة المتوقع <input type="checkbox"/>							
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)									
اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف / أفراد العائلة Employees/Dependent Name	م
		538156509	0	0	2338651421	EMPLOYEE	1	ABDULRAHMAN SAEED ALOMAQI	1

Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.		الالتزامات والتفويض : 1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فأقر قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويديها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على حقيقة (شركة عناية للسعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي تشكل قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع. 4. عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة.	
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Entity's stamp شركة عناية السعودية للمقاولات العامة 095926	Employee Signature عبد الله	Date التاريخ 2023/11/11
---------------------------------------------------------------------	--------------------------------	-------------------------------

- (1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.
- (1) عند تجديد الوثيقة فقله لا يحق لشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مدسى عليه (11) أشهر
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للمواليد الجدد عند انضمامهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
- (3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
- (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

عزيزي المؤمن له :
تأمل فيكم بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مزايا الوثيقة الموحدة

Dear Insured:
Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

نوع الطلب (1)
Addition ☐ إضافة (2) New ☒ جديد

اسم المنشأة : Entity Name : Al salam
اسم الموظف : Employee Name : NAGIB SALEM MOHAMED SALEM

رقم الوثيقة/السجل التجاري : Policy No / CR :
رقم الجوال : Mobile No : 562893376
رقم الهوية : ID Number : 2306831963

الحالة الاجتماعية : Single ☒ أعزب Married ☐ متزوج

جنس : Gender : 1
الجنسية : Nationality : 321

يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة لا في المربع تحت كلمة - نعم -

Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :

No	Yes	No	1
1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم التويزيم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟
2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفصق، أمراض المناعة الذاتية أو تصلب المتعدد.
3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، التلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض تكسر الغولى، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكلى، الخلق الوراثي.
4	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.
5	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاق الغضروفي، الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	للأنثى الحامل فقط: حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع

بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد إضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

م	اسم الموظف / أفراد العائلة	الجنس	القرابة	رقم الهوية	الوزن	الطول	رقم الجوال	الحالة	اسم مقدم الخدمة
	Employees/Dependent Name	Gender	Relation	ID Number	Weight	Height	Mobile No.	case	Provider Name
1	NAGIB SALEM MOHAMED SALEM	1	EMPLOYEE	2306831963	0	0	562893376		

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

التعهدات :
1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

الأفراد والتويزيم :
1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة رعاية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.
2. أوافق على أمية (شركة رعاية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي تشكلت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد.
3. أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما تعهدت بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع.
4. عدم تعبئة بيانات الوزن والطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحية السمنة المفرطة.

توقيع الموظف : Employee Signature (1)
الختم : Date : 20/11/2023

ختم المؤسسة : Entity's stamp : 1010095926

- (1) Upon renewal of the policy, the insured shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The insured is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) شهراً.
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للمواليد الجدد عند انضمامهم على وثيقة التأمين الصحي السارية.
(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر بلم تعبئة نموذج جديد.
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له.

عزيزي المؤمن له :
تأمل فواتك بنسبة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك والفراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مبالغ الوثيقة الموحدة

Dear Insured:
Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

نوع الطلب (1)
Addition ☐ إضافة (2) New ☒ جديد
Type
اسم المنشأة : Al salam
اسم الموظف : ALAA YOUSSEF ZAKY AHMED
رقم الهوية :
رقم الجواز : 2300139413
Mobile No : 562672454
ID Number
الحالة الاجتماعية : أعزب ☒ متزوج ☐ Married ☐
Nationality : 321 الجنس : 1 Gender :
Marital Status :
برجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة - نعم -

Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :

No	Yes	No
1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> هل تم التزويد بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟
2	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكتسبات، ورم ليفي بالرحم، الفشل، أمراض المناعة الذاتية أو تصلب المتعدد.
3	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : التشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، التلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكتسب القوي، التهاب الكبد، مرض هيموكروماتوزيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثية.
4	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.
5	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاق الغضروفية الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.
6	<input type="checkbox"/>	للأشهر الحامل فقط : حمل حالي جين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع

بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد إضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

اسم مقدم الخدمة	الحالة	رقم الجواز	الطول	الوزن	رقم الهوية	العلاقة	الجنس	اسم الموظف لأفراد العائلة
Provider Name	case	Mobile No.	Height	Weight	ID Number	Relation	Gender	Employees/Dependent Name
		562672454	0	0	2300139413	EMPLOYEE	1	ALAA YOUSSEF ZAKY AHMED

التعهدات :
1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة إنعاش السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.
2. أوافق على أحقية (شركة إنعاش السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد.
3. أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع.
4. عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة.

التاريخ : ١٧/١٤/٢٠٢١
توقيع الموظف : علاء زكي أحمد
Employee Signature : علاء زكي أحمد
Entity's stamp : مؤسسة إنعاش للمقاولات العامة
1010095926

- (1) Upon renewal of the policy, the Insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
(2) The Insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج إفصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) شهراً
(2) لا يحق للشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للمواليد الجدد عند انضمامهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لأشخاص تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم تعبئة قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له

نموذج الإفصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بملئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع وثيقة التغطية الموحدة							
Addition <input type="checkbox"/> إضافة (2) New <input checked="" type="checkbox"/> جديد	Type (1) نوع الطلب	Entity Name : Al salam اسم المنشأة :							
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/السجل التجاري :	Mobile No : 576099718 رقم الجوال :	Employee Name : MOHAMMED RASEL SOHIDULLAH اسم الموظف :							
ID Number 2305451649	Gender : 1 الجنس :	Nationality : 207 الجنسية :	Marital Status Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب						
Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :		Yes نعم	No لا						
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, eucher's disease, G6PDD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	لاأشعر الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع						
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)									
م	اسم الموظف / افراد العائلة	الجنس	القرابة	رقم الهوية	الوزن	الطول	رقم الجوال	الحالة	اسم مقدم الخدمة
1	MOHAMMED RASEL SOHIDULLAH	1	EMPLOYEE	2305451649	0	0	576099718	case	Provider Name

Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	الالتزامات والتعهدات : 1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة رعاية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على أحقية (شركة رعاية السعودية) في رفض المطالبات أو التعويضات كليا عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بالبيانات التي قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع 4. عدم تعبئة بيانات الوزن والطول و الوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Entity's stamp ختم جهة العمل مؤسسة رعاية الأسرة شركة التأمين العامة	Employee Signature (4) توقيع الموظف SOHIDULLAH	Date التاريخ 2021/11/14
-------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------	--------------------------------------

- (1) Upon first enrollment, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) شهرا
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
- (3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
- (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الإفصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له: نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب ملاحق الوثيقة الموحدة							
نوع الطلب (1) Addition <input type="checkbox"/> إضافة (2) New <input checked="" type="checkbox"/> جديد		Type							
PolicyNo/CR :		Entity Name : Al salam							
Mobile No : 599033594		Employee Name : AHMAD USMAN AHMAD JAN							
ID Number 2349289385		رقم الهوية							
Gender : 1		Marital Status Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب							
Nationality : 207		الجنسية:							
Please declare any of below cases by marking 'v' under the word (yes) :		يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة 'v' في المربع تحت كلمة - نعم -							
1	Any hospital admission during last 12 months?	No <input checked="" type="checkbox"/>	هل تم التوثيق بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟						
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hemias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	No <input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، القشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو تصلب متعدد.						
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, auher's disease, G6PDDeficiency, systicfibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	No <input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوش، مرض التكرس القولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقى الوراثي.						
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	No <input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيشاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.						
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	No <input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاق الغضروفي، التيسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.						
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	للأنثى الحامل فقط: حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع						
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below) يهات الموظف و افراد العائلة المراد اضافتهم 3 (في حالة الاجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)									
م	اسم الموظف / افراد العائلة	الجنس	العلاقة	رقم الهوية	الوزن	الطول	رقم الجوال	الحالة	اسم مقدم الخدمة
	Employees/Dependent Name	Gender	Relation	ID Number	Weight	Height	Mobile No.	case	Provider Name
1	AHMAD USMAN AHMAD JAN	1	EMPLOYEE	2349289385	0	0	599033594		

Undertakings:

- I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
- I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

- أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لآزوبنها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.
- أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض التغطية أو للتغطية كليا عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد.
- أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع.
- عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة.

Entity's stamp	Employee Signature (ه)	Date
		




- Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر.

(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح طبي للتوالميد الجند عند استحقاقهم على وثيقة التأمين الصحي.

(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد.

(4) عدم تعبئة قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له.

Entity's stamp	Employee Signature (4)	Date
		

- (1) Upon renewal of the policy, the insured shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
 - (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
 - (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
 - (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

نموذج الإفصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : تأمل قيامك بملءة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك و أفراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة	
Addition <input type="checkbox"/> (2) إضافة	New <input checked="" type="checkbox"/> جديد	Type (1)	
PolicyNo./CR :		Entity Name : Al salam	
Mobile No : 594652287		Employee Name : SHAHID RAZA SHAUKAT ALI	
ID Number		رقم الهوية	
Gender : 1		Marital Status Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب	
Nationality : 900		جنسية:	
Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :			
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم التوليد بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الحصى الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PD deficiency, systick fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأضلاع التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوش، مرض التكسر اللغواني، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: المياه البيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاق الغضروفية الديسك، التهاب المفاصل المفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	للنساء الحوامل فقط: حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)			
بيانات الموظف وأفراد العائلة لمراد إضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)			
م	اسم الموظف أفراد العائلة	الجنس	العلاقة
	Employees/Dependent Name	Gender	Relation
1	SHAHID RAZA SHAUKAT ALI	1	EMPLOYEE
	اسم مقدم الخدمة	الحالة	رقم الجوال
	Provider Name	case	Mobile No.
			594652287
		الطول	الوزن
		Height	Weight
		0	0
		رقم الهوية	
		ID Number	
		2374231617	

Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.		الالتزامات والتعهدات : 1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على حقيقة (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبات أو التعطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر أنني قد قرأت وافهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع. 4. عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة.	
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Entity's stamp 1010095926	Employee Signature (4)	Date التاريخ
1010095926	SHAHID	٢٠٢١ / ١٧ / ١٤

- (1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
 (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
 (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
 (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تجديد الوثيقة فانه لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مدى عليه (11) شهر.
 (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للمواليد الجدد عند انصافهم على وثيقة التأمين الصحي السابقة.
 (3) في حال الحاجة لإضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد.
 (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له.

نموذج الإفصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

عزيزي المؤمن له :
نأمل قيامك بملء هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسجيل و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة

نوع الطلب (1)
Addition ☐ إضافة (2) ☒ New ☒ جديد

اسم المنشأة : Entity Name : Al salam
اسم الموظف : Employee Name : SHOHRAB ALAM AHAMAD ALAM
رقم الهوية : ID Number : 2385452830
الجنس : Gender : 1
الجنسية : Nationality : 207
الحالة الاجتماعية : Married ☐ متزوج Single ☒ أعزب

يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة - نعم -

Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :

No	Yes	No
1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

6 **Pregnant Females only:**
Current single pregnancy
Current single pregnancy with previous CS delivery
Current multiple pregnancy
Expected delivery date

بيانات الموظف وأفراد العائلة المضافة 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر العائلة في الجدول أدناه)

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /أفراد العائلة Employees/Dependent Name
		572753115	0	0	2385452830	EMPLOYEE	1	SHOHRAB ALAM AHAMAD ALAM

الالتزامات والتعهدات :

Undertakings:

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).

2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.

3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.

4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقديم المخاطر.

2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد.

3. أقر بأني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع

4. عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

التاريخ Date : ٢٠٢١ / ٧ / ١٤

توقيع الموظف Employee Signature : (4) SHOHRAB

Entity's stamp : 1010095926

- (1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

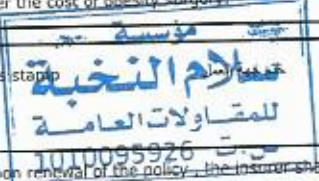
- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مدته (11) شهراً
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح طبي للمولود الجديد عند انضمامه على وثيقة التأمين الصحي
- (3) في حال الحاجة لإضافة تأمين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
- (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : تأمل قيرك بتمعن هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مناطق الوثيقة الموحدة	
نوع الطلب (1) Addition <input type="checkbox"/> إضافة (2) <input checked="" type="checkbox"/> New <input checked="" type="checkbox"/> جديد		Type	
PolicyNo/CR : 530865964		Entity Name : Al Salam	
Mobile No : 530865964		Employee Name : MUHAMMAD ARSHAD AHMAD	
ID Number 2376673329		رقم الهوية	
Gender : 1		الحالة الاجتماعية: Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب	
Nationality : 305		Marital Status Married <input type="checkbox"/> متزوج	
Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :			
1	Any hospital admission during last 12 months?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	Yes <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	Yes <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	Yes <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	Yes <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	Yes <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد اضمائهم (في حالة الإجابة بـ نعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)			
م	اسم الموظف /أفراد العائلة	الجنس	القرابة
	Employees/Dependent Name	Gender	Relation
1	MUHAMMAD ARSHAD AHMAD	1	EMPLOYEE
	اسم مقدم الخدمة	الحالة	رقم الجوال
	Provider Name	case	Mobile No.
			530865964
			0
			0
			2376673329

Undertakings:

- I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
- I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

- أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.
- أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض السلفة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد.
- أقر بأني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم لشارتي لدم أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع.
- عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة.

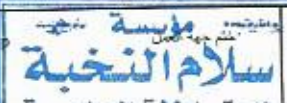

Entity's stamp	Employee Signature (4)	Date
	AR SHAD	٢٠٢١ / ١٧ / ٤

- Upon removal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) شهراً.
- لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح الطبي للمولود المضاف عند اضمائهم على وثيقة تأمين صحي.
- في حال الحاجة لإضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد.
- عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له.

نموذج الإفصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: Please fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بشكل صحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة	
Addition <input type="checkbox"/> إضافة (2) New <input checked="" type="checkbox"/> جديد Type (1)		اسم المنشأة : Al salam اسم الموظف : ADEL QASEM ABDO NAJI رقم الهوية : 2338651157	
PolicyNo/CR : 533893473 Mobile No : 533893473 ID Number 2338651157		الجنس : 1 Nationality : 207 Marital Status <input type="checkbox"/> متزوج <input checked="" type="checkbox"/> أعزب	
Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :		يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, auher's disease, G6PD Deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)			
م	اسم الموظف / أفراد العائلة	الجنس	العلاقة
م	اسم مقدم الخدمة	الحالة	اسم مقدم الخدمة
1	ADEL QASEM ABDO NAJI	1	EMPLOYEE
1	2338651157	0	0
1	533893473	0	0
التعهدات والتفويض :			
Undertakings:			
1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.			
1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزودها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر 2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المداخلة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي تشكلت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد 3. أقر بأنني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة			

Entity's stamp	Employee Signature	Date
		٢٠٢١ / ١١ / ١٤

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يجب للشركة طلب نموذج إفصاح لأي مؤمن له مسمى عليه (11) أشهر
- (2) لا يجب لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للمولود الجدد عند استأنفهم وعلى وثيقة التأمين الصحي السارية
- (3) في حال الحاجة لإضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
- (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له
- (5) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

نموذج الإفصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.				عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مبادئ الوثيقة الموحدة															
Addition <input type="checkbox"/> (2) إضافة		New <input checked="" type="checkbox"/> جديد		Type (1)															
PolicyNo/CR :		رقم الوثيقة السجل التجاري :		Entity Name : Al salam		اسم المنشأة :													
Mobile No : 508577475		رقم الجوال:		Employee Name : SIRR ALKHATM OTHMAN MOHAMMED		اسم الموظف:													
ID Number 2020574832						رقم الهوية													
Gender : 1		Nationality : 900		Marital Status Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب		الحالة الاجتماعية:													
Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :				يرجى الإصاح عن وجود أي من الحالات أثناء بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة - نعم -															
				No Yes															
1 Any hospital admission during last 12 months?				<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		هل تم التويم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟													
2 Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.				<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الأنتهاب الكبدى الفيروسى المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكتسك، ورم ليفي بالرحم، الفلج، أمراض المناعة الذاتية أو الكسب المتعدد.													
3 Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PD Deficiency, systic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.				<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكتسك اللولبي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي													
4 Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.				<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية													
5 Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.				<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي، اليريك، التحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة													
6 Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		للأنثى الحامل فقط : حمل حالي طنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع													
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)																			
اسم مقدم الخدمة Provider Name		الحالة case		رقم الجوال Mobile No.		الطول Height		الوزن Weight		رقم الهوية ID Number		القرابة Relation		الجنس Gender		اسم الموظف / أفراد العائلة Employees/Dependent Name		م	
				508577475		0		0		2020574832		EMPLOYEE		1		SIRR ALKHATM OTHMAN MOHAMMED		1	
				508577475		0		0		2156428290		SON		1		ASIM MOHAMMED		2	
				508577475		0		0		2186760910		DAUGHTER		2		HANA MOHAMMED		3	
				508577475		0		0		2021762873		WIFE		2		LATLA SULAIMAN		4	
القرار و التفويض : 1. أنا قرأت البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر 2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كلما عذر عدم الإصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التمتع أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد 3. لقد بأتى قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم الشاركي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإصاح عنه و عليه أرفع 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة																			
Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.				التوقيع الموظف Date التاريخ															
Employee Signature (4)				التوقيع الموظف Date التاريخ															


- 1010095926
- (1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
 - (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
 - (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
 - (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (١) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له نصيب عليه (٩٩) أشهر
- (٢) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح متى للمؤلف الجديد عند استلامه على وثيقة التأمين الضممي السابقة
- (٣) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
- (٤) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له

نموذج الإفصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : تأمل قيامك بملئ هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مزايا الوثيقة الموحدة							
Addition <input type="checkbox"/> (2) إضافة	New <input checked="" type="checkbox"/> جديد	Type (1)							
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري :		Entity Name : Al salam							
Mobile No : 571074168 رقم الجوال :		Employee Name : NEERAJ KUMAR GANGA RAM							
ID Number 2385064031		رقم الهوية							
Gender : 1 : الجنس		Nationality : 321 : الجنسية							
Marital Status : Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب		الحالة الاجتماعية :							
Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :		يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة - نعم -							
1	Any hospital admission during last 12 months?	لا <input checked="" type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	هل تم التنويم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟						
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	لا <input checked="" type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، الكليستات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو تصلب متعدد.						
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassaemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, auher's disease, G6PDD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	لا <input checked="" type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، شُمور الغدد الشوكية، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض تكسر اللون، التليف الكيسي، هيموكروماتوزيس، مرض ويلسون، تكيس الكلى، الخلقى الوراثى.						
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	لا <input checked="" type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية						
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	لا <input checked="" type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي، التواء، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة						
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	للأنثى الحامل فقط : حمل حتى جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع						
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)									
م	اسم الموقع / أفراد العائلة	الجنس	القرابة	رقم الهوية	الوزن	الطول	رقم الجوال	الحالة	اسم مقدم الخدمة
1	NEERAJ KUMAR GANGA RAM	1	EMPLOYEE	2385064031	0	0	571074168	case	Provider Name

Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	الالتزامات والتعهدات : 1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بذاء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية للسعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر 2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مضمّن له خلال فترة سريان العقد 3. أقر بأنني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما تعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Entity's stamp 	Employee Signature (ه) NERAJ	Date التاريخ ٢٠٢١ / ٧ / ١٤
-------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------	-------------------------------

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج إفصاح لأي مومن له مسمى عليه (11) أشهر
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للمواليد الجدد عند انضمامهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
- (3) في حال الحاجة لأمسافة تبين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
- (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له

نموذج الإفصاح الطبي الموحد Unified Medical declaration form

عناية السعودية
SAUDI ENAYA
Your Health Insurance

Dear Insured:
Please fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له:
نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مناطق الوثيقة الموحدة

نوع الطلب (1)	اسم المنشأة:	اسم الموظف:	رقم الهوية:	الحالة الاجتماعية:
اسم المنشأة:	Entity Name: Al salam	Employee Name: SHRAVAN RAM GOVIND	رقم الهوية:	الحالة الاجتماعية:
اسم الموظف:	Entity Name: Al salam	Employee Name: SHRAVAN RAM GOVIND	رقم الهوية:	الحالة الاجتماعية:
رقم الوثيقة السجل التجاري:	رقم الجوال:	رقم الهوية:	الحالة الاجتماعية:	الحالة الاجتماعية:
Mobile No: 571790078	ID Number: 2385064395	Marital Status: Married	Single	أعزب
Gender: 1	Nationality: 204	Marital Status: Married	Single	أعزب

Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes):		No	Yes	هل تم التشخيص بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط:
1	Any hospital admission during last 12 months?	✓	□	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: للتحكم الأورام الحميدة (السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات الممسك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكتسيات، ورم ليفي بالبروستات، الفشل، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	✓	□	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: تشنجات العضلات، اضطراب الغدد، التهاب الكبد الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات الممسك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكتسيات، ورم ليفي بالبروستات، الفشل، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, auher's disease, G6PD deficiency, systickfibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	✓	□	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: تشنجات العضلات، اضطراب الغدد، التهاب الكبد الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات الممسك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكتسيات، ورم ليفي بالبروستات، الفشل، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	✓	□	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: المياه البيضاء، المياه الزرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	✓	□	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	□	□	للإشارة الحامل فقط: حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)							اسم الموظف أفراد العائلة	Employee's/Dependent Name
اسم مقدم الخدمة	العائلة	رقم الجوال	الطول	الوزن	ID Number	القرابة	الجنس	Employee's/Dependent Name
Provider Name <td>case</td> <td>Mobile No.</td> <td>Height</td> <td>Weight</td> <td>ID Number</td> <td>Relation</td> <td>Gender</td> <td>Employee's/Dependent Name</td>	case	Mobile No.	Height	Weight	ID Number	Relation	Gender	Employee's/Dependent Name
		571790078	0	0	2385064395	EMPLOYEE	1	SHRAVAN RAM GOVIND

<p>Undertakings:</p> <p>1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).</p> <p>2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.</p> <p>3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.</p> <p>4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.</p>	<p>1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.</p> <p>2. أوافق على حقيقة (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التعطيل كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مزمّن له خلال فترة سريان العقد.</p> <p>3. أقر بأنني قد قرأت وافهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشراري امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع.</p> <p>4. عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Entity's stamp	Employee Signature	Date
1010095926	GOVIND	2016/11/11

- Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- عند تجديد الوثيقة فلا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مزمّن له مضمّن عليه (11) شهر.
- لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح لملي للساليد الجديد عند استأنفهم على وثيقة التأمين المسمى السابقة.
- في حال الحاجة لإضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد.
- عدم تغطية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له.

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : لملء قبالك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية المسموعة بالشكل المطلوب حسب متطلبات الوثيقة الموحدة	
Addition <input type="checkbox"/> (2) إضافية	New <input checked="" type="checkbox"/> جديد	Type (1) نوع الطلب	
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/السجل التجاري :		Entity Name : Al salam اسم المنشأة :	
Mobile No : 597846958 رقم الجوال :		Employee Name : MOSARIB RIZWAN HAQUE اسم الموظف :	
ID Number 2394956904 رقم الهوية :		الحالة الاجتماعية :	
Gender : 1 : الجنس :		Marital Status : Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب	
Nationality : 204 : الجنسية :		يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة (✓) في المربع تحت كلمة - نعم -	
Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :		لا No	نعم Yes
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hemias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)							
م	اسم الموظف / أفراد العائلة	الجنس	القرابة	رقم الهوية	الوزن	الطول	رقم الجوال
	Employees/Dependent Name	Gender	Relation	ID Number	Weight	Height	Mobile No.
1	MOSARIB RIZWAN HAQUE	1	EMPLOYEE	2394956904	0	0	597846958

Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	الالتزامات والتعهدات : 1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كليا عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه والتي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع. 4. عدم تعبئة بيانات الوزن والطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة.
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Entity's stamp سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926	Employee Signature (4) RIZWAN	توقيع الموظف Date ٢٠١٤ / ١٧ / ٢١
-----------------------------------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------------

- Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق لشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مستمر عليه (11) أشهر.
- لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح فهي للمواليد الجدد عند انضمامهم على وثيقة التأمين الصحي السابقة.
- في حال الحاجة لإضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد.
- عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له.

SAUDI ENAYA Saudi Health Insurance		شركة التأمين شركة التأمين							
Dear Insured: Please fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		تأمل فيملك هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مبالغ الوثيقة الموحدة							
Addition <input type="checkbox"/> (2) إضافة <input checked="" type="checkbox"/> New جديد		Type (1)							
PolicyNo/CR : 580792185		Entity Name : Al salam							
Mobile No : 2387809193		Employee Name : RAM SAMUJH AVADH RAM							
ID Number 2387809193		Marital Status Married <input type="checkbox"/> Single <input checked="" type="checkbox"/>							
Gender : 1		Nationality : 204							
Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :		يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة - نعم -							
1	Any hospital admission during last 12 months?	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>						
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>						
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>						
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>						
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>						
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>						
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)									
م	اسم الموظف بالارد العائلة	الجنس	العلاقة	رقم الهوية	الوزن	الطول	رقم الجوال	الحالة	اسم مقدم الخدمة
1	RAM SAMUJH AVADH RAM	1	EMPLOYEE	2387809193	0	0	580792185	case	Provider Name
Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.									
1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدي بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كليا عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع. 4. عدم تسمية بوالص الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة للسمنة المقرمة.									
Employee Signature (4)					Date				
RAM					11/11/2024				
عند تجديد الوثيقة قلته لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له معنى عليه (11) أشهر									
لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للموالميد الجدد عند انضمامهم على وثيقة التأمين الصحي السارية									
في حال الحاجة لاضافة تأمين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد									
نعم لنظامية قيام مساح العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له									

نموذج الإفصاح الطبي الموحد Unified Medical declaration form

مؤسسة عناية السعودية
SAUDI ENAYA
Your Health. Our Priority.

Dear Insured:
Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

تأمل قراءتك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مبالغ الوثيقة الموحدة

Addition <input type="checkbox"/> إضافة (2)		New <input checked="" type="checkbox"/> جديد	Type
Entity Name : Al salam		اسم المنشأة :	
Employee Name : NOOR KAMAL MUHAMMED KAMAL		اسم الموظف :	
PolicyNo/CR :		رقم الوثيقة/ السجل التجاري :	
Mobile No : 590758693		رقم الجوال :	
ID Number		2370842037	
Gender : 1		Nationality : 304 الجنسية :	
Marital Status Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب		الحالة الاجتماعية :	

Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :		No	Yes	
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم التويم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، المرطبان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، التلقق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, auher's disease, G6PDD deficiency, systic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، التلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض توشر، مرض التكسر القلوي، التليف الكيسي، هييموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقى الوراثي.
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاق الغضروفية الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	للنساء الحوامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)							
م	اسم الموظف / افراد العائلة	الجنس	القرابة	رقم الهوية	الوزن	الطول	رقم الجوال
	Employees/Dependent Name	Gender	Relation	ID Number	Weight	Height	Mobile No.
1	NOOR KAMAL MUHAMMED KAMAL	1	EMPLOYEE	2370842037	0	0	590758693
	اسم مقدم الخدمة	الحالة	رقم الجوال	الطول	الوزن	رقم الجوال	اسم مقدم الخدمة
	Provider Name	case	Mobile No.	Height	Weight	ID Number	Provider Name

<p>Undertakings:</p> <p>1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).</p> <p>2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.</p> <p>3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.</p> <p>4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.</p>	<p>الإقرار والتعهد :</p> <p>1. أقر بأن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.</p> <p>2. أوافق على حقية (شركة عناية السعودية) في رفض التغطية أو للمطالبة أو للتغطية كليا عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد.</p> <p>3. أقر بأنني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما تعهد بأن عدم التوقيع أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع.</p> <p>4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Entity's stamp	Employee Signature (4)	Date
توقيع الموظف	Noor	2023/11/15

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مدني عليه (11) شهر
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للموالت الجدد عند استئنافهم على وثيقة التأمين الصحي السابقة
- (3) في حال الحاجة لاستئناف تأمين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
- (4) عدم تعبئة قيم مناسب السجل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له
- (1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

نموذج الإفصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بملء هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك و أفراد أسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة	
نوع الطلب (1) Addition <input type="checkbox"/> إضافة (2) New <input checked="" type="checkbox"/> جديد		Entity Name : Al salam Employee Name : MUHAMMAD HASIL SHAKAR KHAN	
PolicyNo/CR : Mobile No : 557326820		رقم الوثيقة/السجل التجاري : رقم الجوال : 2372774345	
ID Number : 2372774345		رقم الهوية :	
Gender : 1 Nationality : 321		الحالة الاجتماعية : Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب	
Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :		يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أثناء بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة - نعم -	
1	Any hospital admission during last 12 months?	No <input checked="" type="checkbox"/>	هل تم التوثيق بمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	No <input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المرارة، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، التقي، أمراض المناعة الذاتية أو التكلس المتعدد.
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	No <input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض الدم، الخباثات، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر القولي، تشنج الكسبي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثية.
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	No <input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: المياه البيضاء، المياه الزرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	No <input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاق القشرية، الدوسك، التهاب المفاصل، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	للإثبات الجاهل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)			
م	اسم الموظف / أفراد العائلة	الجنس	القرابة
	Employees/Dependent Name	Gender	Relation
1	MUHAMMAD HASIL SHAKAR KHAN	1	EMPLOYEE

Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	الالتزامات والتعهدات : 1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع. 4. عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلي رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة.
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Entity Stamp ختم شركة عناية السعودية للمقاولات العامة	Employee Signature توقيع الموظف SHAKAR	Date التاريخ ٢٠٢١ / ١١ / ٢٤
-------------------------------------------------------------	----------------------------------------------	-----------------------------------

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) شهر
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح طبي للمواليد الجدد عند استكمالهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
- (3) في حال الحاجة لإضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
- (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له
- (1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

نموذج الإفصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : تأمل فيملك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك و أفراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مبالغ الوثيقة الموحدة	
Addition <input type="checkbox"/> (2) إضافة	New <input checked="" type="checkbox"/> جديد	Type (1)	
PolicyNo/CR : رقم الوثيقة/السجل التجاري :		Entity Name : Al salam	
Mobile No : 530129044		Employee Name : NABIL FARHAN ABDO MOQBEL	
ID Number 2374231716		رقم الهوية	
Gender : 1		Marital Status <input type="checkbox"/> متزوج <input checked="" type="checkbox"/> أعزب	
Nationality : 900		الحالة الاجتماعية:	
Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :		لا	نعم
1 Any hospital admission during last 12 months?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, auher's disease, G6PD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	لاأثني الجاهل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)			
بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد إضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)			
م	اسم الموظف /أفراد العائلة Employees/Dependent Name	الجنس Gender	القرابة Relation
اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الوزن Weight
الطول Height	رقم الهوية ID Number	0	0
530129044	2374231716	EMPLOYEE	1
NABIL FARHAN ABDO MOQBEL	1	0	0

Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.	الالتزامات والتعهدات : 1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التعطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع. 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة.
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Entity's stamp مؤسسة سلام النخبة استشارات عامة 101009503	Employee Signature (4) توقيع الموظف نيل	Date التاريخ 20/11/2023
-----------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------	--------------------------------------

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) شهراً
- (2) لا يحق للشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للمواليد الجدد عند انضمامهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
- (3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
- (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له
- (5) (1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

نموذج الإفصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

عزيزي المؤمن له :
تأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مبالغ الوثيقة الموحدة

Dear Insured:
Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

نوع الطلب (1)
Addition ☐ (2) إضافة ☒ New جديد ☒

اسم المنشأة : Entity Name : Al salam
اسم الموظف : Employee Name : ZEYAD GHANEM AHMED SAEED
رقم الهوية : ID Number : 2375734783
الحالة الاجتماعية : Single ☒ أعزب ☐ متزوج ☐ Married ☐

الجنس : Gender : 1
الجنسية : Nationality : 321

الرجاء الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة - نعم -

Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :

No	Yes	No
1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

1 هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، للتكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو للتصلب المتعدد.

2 هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض تكسر الكولاجين، التليف الكيسي، صمغوكروموسوم، مرض ويلسون، تكيس الكلى، التشوهات الخلقية للوراثي.

3 هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيشاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.

4 هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاق الغضروفية للديسك، الحرف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.

5 هل تم تشخيصك بأي من الأمراض التالية فقط: الحمل حالي جنين واحد، حمل حالي مع قبصرية سابقة، حمل حالي متعدد الأجنة، تاريخ الولادة المتوقع.

6 **Pregnant Females only:**
Current single pregnancy
Current single pregnancy with previous CS delivery
Current multiple pregnancy
Expected delivery date

بيانات الموظف و افراد العائلة المراد إضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

اسم الموظف / فرد العائلة	الجنس	القرابة	رقم الهوية	الوزن	الطول	رقم الجوال	الحالة	اسم مقدم الخدمة
Employees/Dependent Name	Gender	Relation	ID Number	Weight	Height	Mobile No.	case	Provider Name
ZEYAD GHANEM AHMED SAEED	1	EMPLOYEE	2375734783	0	0	551124886	0	

الالتزامات والتعهدات :

Undertakings:

- I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
- I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أسس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عليه السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.

2. أوافق على حقيقة (شركة عليه السعودية) في رفض المطالبة أو للتغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد.

3. أقر بأنني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه توقع.

4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة.

التوقيع والتاريخ :

Employee Signature (4) **Date** 14/11/2025

Entity's stamp **مؤسسة عليه السعودية** **شركة التأمين** **للمقاولات العامة** **1010095925**

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له سبق عليه (11) لتأمين
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح طبي للموالت الجند عند اضافتهم على وثيقة التأمين السمي
- (3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
- (4) عدم تعبئة بيانات صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بملء هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مبالغ الوثيقة الموحدة	
Addition <input type="checkbox"/> إضافة (2) New <input checked="" type="checkbox"/> جديد		Type (1) اسم المنشأة : Al salam اسم الموظف : SULIMAN ABDALLA HASSAN ABAKAR	
PolicyNo/CR : Mobile No : 554284340		رقم الوثيقة/السجل التجاري : رقم الجوال : 2377411356	
ID Number : 2377411356		الحالة الاجتماعية : Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب	
Gender : 1 Nationality : 304		Marital Status : Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب	
يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات إن شاء الله بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة - نعم - لا تم للتأمين والمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟			
Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :		لا نعم No Yes	
1	Any hospital admission during last 12 months?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PDD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظفين وأفراد العائلة المراد إضافتهم 3
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

م	اسم الموظف / أفراد العائلة	الجنس	القرابة	رقم الهوية	الوزن	الطول	رقم الجوال	الحالة	اسم مقدم الخدمة
	Employees/Dependent Name	Gender	Relation	ID Number	Weight	Height	Mobile No.	case	Provider Name
1	SULIMAN ABDALLA HASSAN ABAKAR	1	EMPLOYEE	2377411356	0	0	554284340		

الالتزام والتفويض :

Undertakings:

- I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
- I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

- أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناءً عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.
- أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه والتي تشكلت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد.
- أقر بأنني قد قرأت وافهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجودها ويستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع.
- عدم تعبئة بيانات الوزن والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة.

Entity's stamp	Employee Signature (4)	Date

- Upon renewal of the policy, the insured shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) شهراً

لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح طبي للمواليد الجدد عند استئنافهم على وثيقة التأمين الصحي السابقة

في حال الحاجة لإضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مفاد الوثيقة الموحدة							
Addition <input type="checkbox"/> إضافة (2) <input checked="" type="checkbox"/> New جديد		Type (1)							
PolicyNo/CR :		Entity Name : Al salam							
Mobile No : 551688935		Employee Name : GAMIL HAZAEA ALI A ALJEBZI							
ID Number : 2382513378		رقم الهوية							
Gender : 1		الحالة الاجتماعية :							
Nationality : 304		Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب							
Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :		يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة - نعم -							
1 Any hospital admission during last 12 months?		هل تم التويز بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟							
2 Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.		هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.							
3 Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.		هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المتجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض تكسر الغولي، التكليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثية							
4 Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.		هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض شبكية							
5 Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.		هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاق الغضروفي الدوسك، التهاب العنود الفقري، التهاب المفصل أو تمزق الأربطة							
6 Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date		للإناث الحوامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع							
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)									
بيانات الموظفين و افراد العائلة المراد اضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)									
اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	العلاقة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف / فرد العائلة Employees/Dependent Name	م
		551688935	0	0	2382513378	EMPLOYEE	1	GAMIL HAZAEA ALI A ALJEBZI	1
Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.		1. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدي بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على حقيقة (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي تشكل قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بأنني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أعلمه بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع. 4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن يؤدي إلى رفض تغطية تكاليف جراحة السمنة المعروفة.							
Entity's stamp مؤسسة سلام النخبة للمقاولات العامة 1010095926		Employee Signature (4) توقيع الموظف Date التاريخ ٢٠٢١ / ٧ / ٢٤							

- (1) Upon renewal of the policy, the insured shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق لشركة طلب نموذج إفصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) شهر

(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للمولود الجديد عند إضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية

(3) في حال الحاجة لإضافة تأمين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد

(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له

نموذج الإفصاح الطبي الموحد
Unified Medical declaration form

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مبالغ الوثيقة الموحدة							
Addition <input type="checkbox"/> إضافة (2) New <input checked="" type="checkbox"/> جديد Type (1)		اسم المنشأة : Al salam اسم الموظف : MOHIT RAMASHANKAR VISHWAKARMA رقم الهوية : 2354356491							
PolicyNo/CR : 599386472 Mobile No : 599386472 ID Number 2354356491		الحالة الاجتماعية : أعزب <input checked="" type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> Marital Status Married <input type="checkbox"/> Single <input checked="" type="checkbox"/>							
Gender : 1 Nationality : 304		يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أثناء بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة - نعم -							
Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :		No Yes							
1 Any hospital admission during last 12 months?		<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
2 Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hemias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.		<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
3 Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, GGPDDeficiency, systicfibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.		<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
4 Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.		<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
5 Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.		<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
6 Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد إضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)									
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)									
اسم مقدم الخدمة	الحالة	رقم الجوال	الطول	الوزن	رقم الهوية	العلاقة	الجنس	اسم الموظف / أفراد العائلة	م
Provider Name	case	Mobile No.	Height	Weight	ID Number	Relation	Gender	Employees/Dependent Name	
		599386472	0	0	2354356491	EMPLOYEE	1	MOHIT RAMASHANKAR VISHWAKARMA	1

Under takings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.		الإقرار والتعهد : 1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على إمكانية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بأنني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي اسم أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه توقع 4. عدم تعبئة بياناتك الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة	
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Entity's stamp 1010095926	Employee Signature NISHWAKARMA	Date 20/11/2023
------------------------------	-----------------------------------	--------------------

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق لشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له منسحق عليه (11) شهر
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح طبي للمولود الجدد عند انضمامهم على وثيقة التأمين الصحي
- (3) في حال الحاجة لأضافة لاعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
- (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له